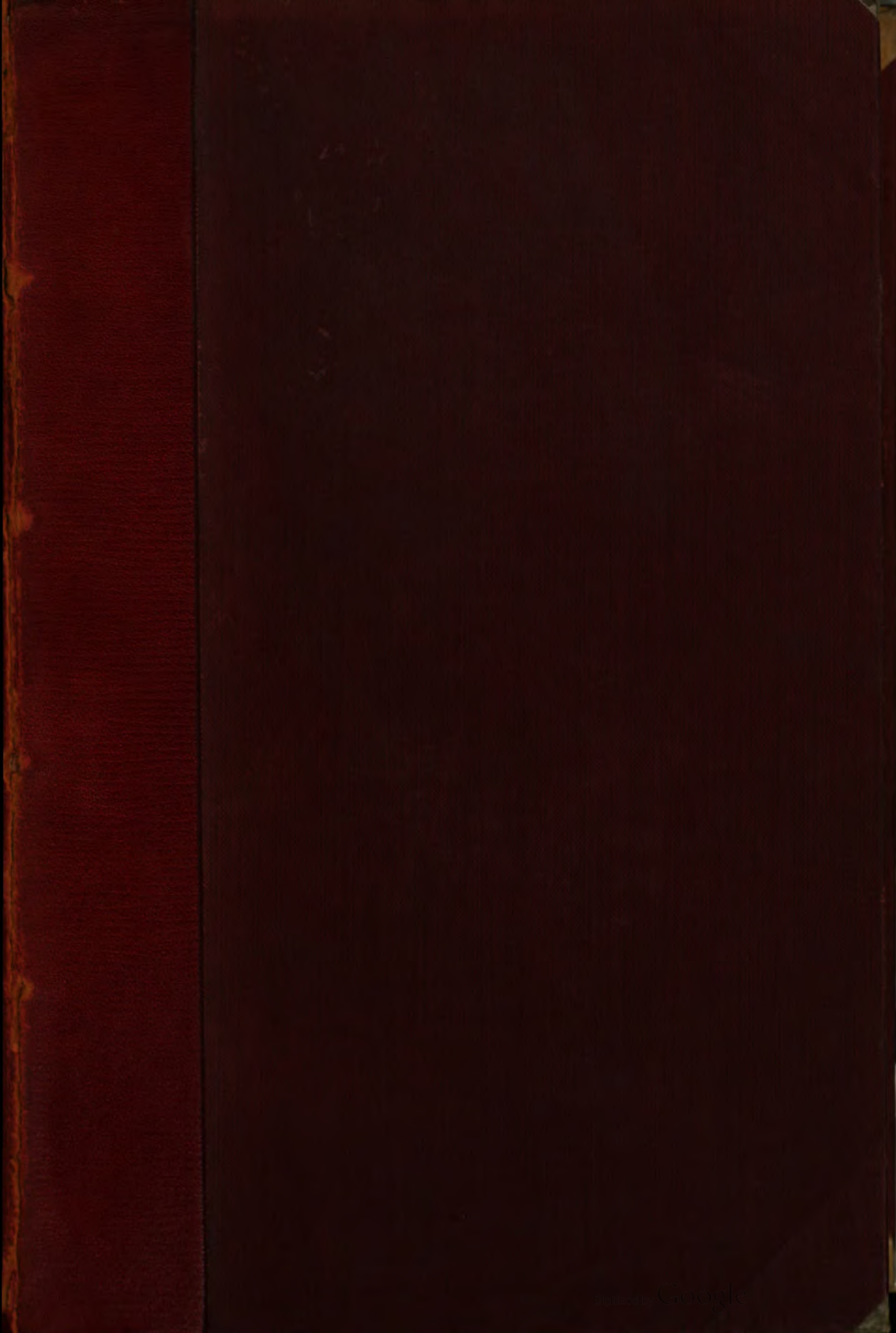
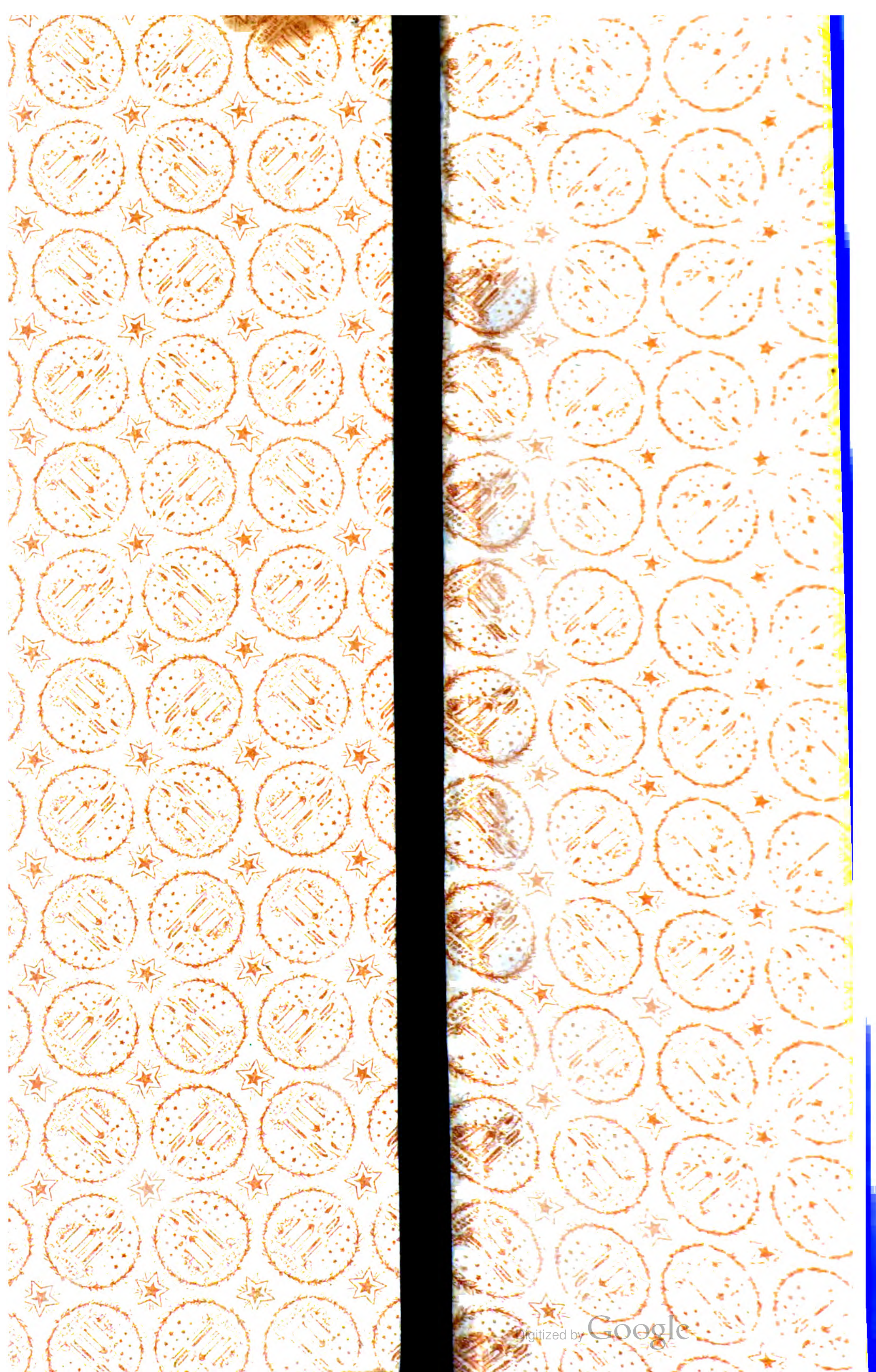
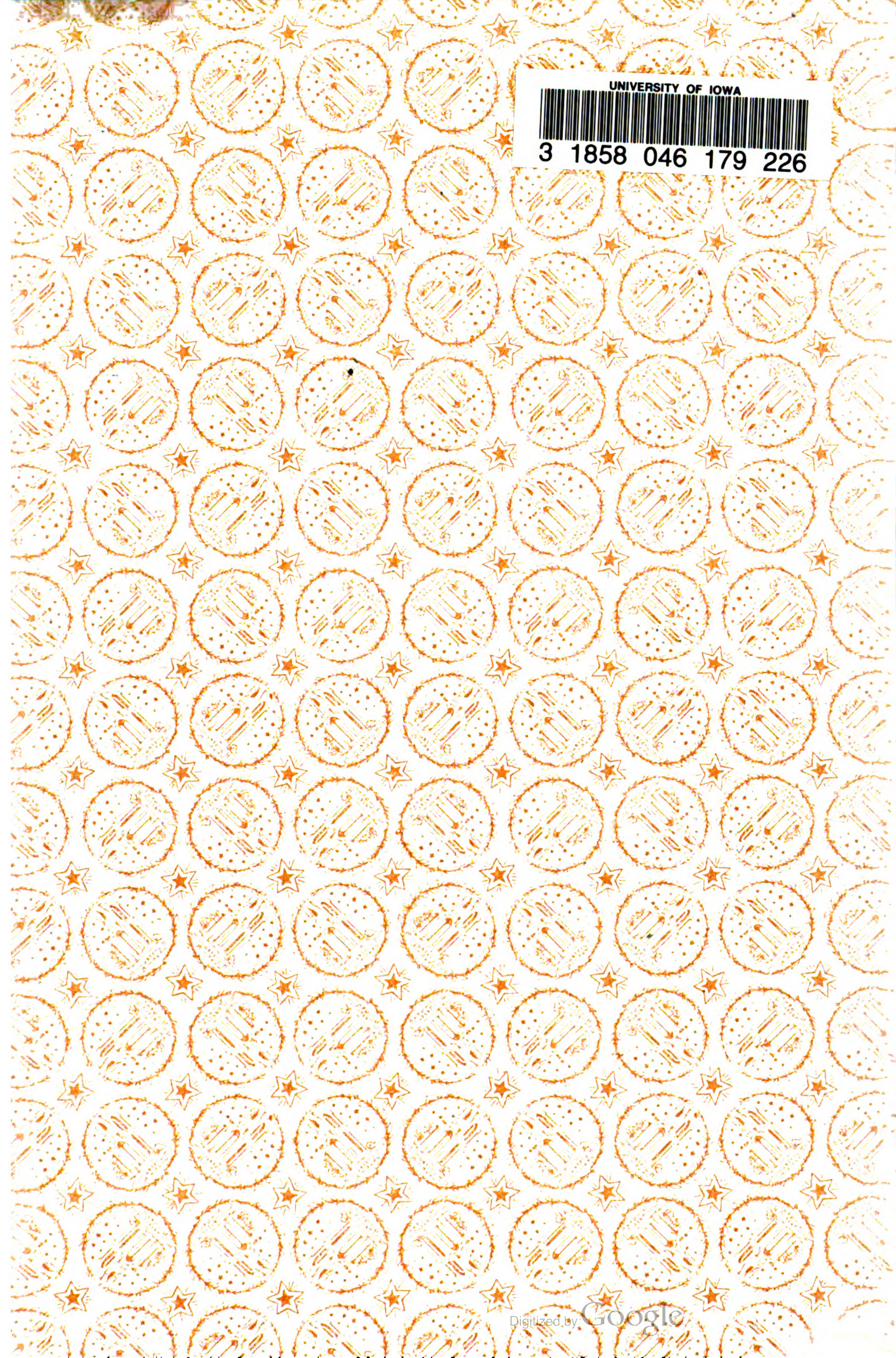






Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Brindel** (Bordeaux), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON
London.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

(Januar—December 1908.)

Berlin, 1908.
Verlag von August Hirschwald.
NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, Januar. 1908. No. 1.

I. Moritz Schmidt †.

Mit einer Trauerbotschaft haben wir leider den 24. Jahrgang des Centralblatts zu beginnen: am 9. December vorigen Jahres entschlief sanft nach kurzem schweren Leiden unser allverehrter College Moritz Schmidt im Alter von nahezu 70 Jahren. Seit längerer Zeit oft und schwer kränkelnd, hatte er sich doch stets wieder erholt und noch acht Tage vor seinem Tode an einer Jagd theilgenommen. Kurz darauf hatte er einen Schlaganfall; die anfängliche Besserung hielt nicht an, und einige Tage später wurde er uns durch den Tod entrissen.

Moritz Schmidt — oder, um ihm seinen vollen Namen zu geben: Johann Friedrich Moritz Schmidt-Metzler (er hatte den Vatersnamen seiner Gattin, einer Tochter des bekannten Frankfurter Patricierhauses Metzler, dem seinigen hinzugefügt) — war am 15. März 1838 in Frankfurt am Main geboren, hatte in Göttingen, Wien, Berlin, Utrecht, England und Paris studirt, und 1860 mit einer Dissertation „De renum structura quaestiones" promovirt. Der „Frankfurter Zeitung", zufolge der wir diese Details entnehmen, war er von 1862 bis 1886 als practischer Arzt in Frankfurt a/M. thätig und widmete sich dann ausschliesslich dem Gebiet der Krankheiten der Nase, des Halses und der Lunge, bis er sich im Jahre 1903 von der Praxis zurückzog. Wohl seine letzte Operation war die erfolgreiche Entfernung eines Polypen vom Stimmbande Kaiser Wilhelms II. im Jahre 1903. Aber schon 16 Jahre früher hatte ihn das persönliche Vertrauen Kaiser Wilhelms I. zu der Consultation in San Remo berufen, deren Ergebniss die officielle Bestätigung der Thatsache war, dass der damalige Kronprinz Friedrich Wilhelm, der spätere Kaiser Friedrich III., am Kehlkopfkrebs litt. Seither war das Aufsteigen des Verblichenen in der

medicinischen Hierarchie ein stetiges und schnelles. Er wurde 1888 zum Sanitätsrath, 1892 zum Professor, 1896 zum Geheimen Sanitätsrath, 1899 zum Geheimen Medicinalrath und Ehrenmitglied des Frankfurter Instituts für experimentelle Therapie, 1903 — nach seiner erfolgreichen Operation beim Kaiser — zum Wirklichen Geheimen Rath mit dem Prädikat „Excellenz“ ernannt. Ausserdem erhielt er den Preussischen Rothen Adlerorden und den Kronenorden zweiter Klasse mit dem Stern. Er war Ehren- und correspondirendes Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher, namentlich laryngologischer Gesellschaften.

Die Laryngologie hat Moritz Schmidt durch eine Reihe von Originalarbeiten bereichert. Namentlich widmete er sich mit dauernder Vorliebe dem Studium der Kehlkopftuberculose und war unter den ersten, die energisch die Heilbarkeit dieses traurigen Leidens betonten. Sein magnum opus aber war sein „aus der Praxis für die Praxis“ geschriebenes Lehrbuch: „Die Krankheiten der oberen Luftwege“, dessen erste Auflage im December 1893 erschien und welches im Verlauf von 10 Jahren drei Auflagen erlebte. Was ich über dies treffliche, durch und durch originelle Werk zu sagen hatte, habe ich in diesem Centralblatt gelegentlich des Erscheinens der verschiedenen Auflagen zu wiederholten Malen gethan. Aber noch einmal möchte ich bei dieser traurigen Gelegenheit betonen, wie es Zeugniss ablegt von der kräftigen Eigenart seines Verfassers, von der Sicherheit, mit der er bei neidloser Anerkennung der Leistungen Anderer seine durch reichste eigene Erfahrungen gewonnenen Ueberzeugungen vorträgt, von der Bereitwilligkeit, mit der er neuere Anschauungen aufnahm, von dem unermüdlichen Fleisse, mit dem er dem Fortschritt der Wissenschaft folgte, von der beneidenswerthen Hoffnungsfreudigkeit, die sein therapeutischer Wirken durchzog, von der warmen Menschenliebe, die seine ganze ärztliche Thätigkeit beseelte.

Moritz Schmidt war ein guter Mensch, eine durch und durch vornehme Natur, eine liebenswürdige Persönlichkeit, ein treuer standhafter Freund. Er erfreute sich allgemeinster Liebe, Hochachtung und Verehrung, im Kreise seiner Collegen ebenso wie in dem seiner Mitbürger. Als er sich nach 40jähriger Thätigkeit von der Praxis zurückzog, widmete er seine Arbeitskraft wissenschaftlichen und wohlthätigen Institutionen seiner Vaterstadt, während seine Erholung bis zum Ende seiner Tage das von ihm überaus geliebte edle Waidwerk bildete. Mit der Laryngologie blieb er als Vorsitzender der deutschen Laryngologischen Gesellschaft in enger Verbindung und erhielt ihr, wie ich aus meinem langjährigen Briefwechsel mit ihm weiss, dauernd sein lebhaftestes Interesse.

An seinem Sarge trauern mit seiner Wittwe, die mit ihm in langjähriger überaus glücklicher Ehe verbunden war, zahllose Freunde. Feinde hat Moritz Schmidt wohl nie gehabt. Von der allgemeinen Verehrung und Liebe, die er genoss, legte sein Leichenbegängniss das beste Zeugniss ab. Der Kaiser, der sich ebenso wie die Kaiserin im Verlauf der letzten Krankheit wiederholt telegraphisch nach dem Befinden des von ihm hochgeschätzten Mannes erkundigt hatte, spendete einen Kranz und liess sich persönlich durch einer seiner Flügeladjutanten bei der Beerdigung vertreten. Der Oberbürgermeister von Frankfurt widmete einen Kranz dem „echten, treuen und unvergesslichen Sohn dieser Stadt, der stets bereit war,

die Noth zu lindern, der den wissenschaftlichen Anstalten Frankfurts die Wege vorzeichnete und ebnen half.“ Die Universität Giessen, die Administration der Senckenbergischen Stiftung, für die Schmidt Grossartiges geleistet hatte, die Frankfurter gelehrten Gesellschaften, der Congress für innere Medicin, religiöse Genossenschaften, zahlreiche laryngologische Gesellschaften — sie alle waren vertreten und einig im Preise des dahingegangenen grossen Gelehrten und Menschenfreundes.

Als besonders characteristisch möchten wir am Schlusse noch die Mittheilung festhalten, dass der Verblichene angeordnet hatte, dass nach seinem Tode seine Lungen secirt werden sollten, „um eventuell Anhaltspunkte darüber zu gewinnen, ob der stete Verkehr mit Lungen- und Halskranken auf den Organismus des behandelnden Arztes von Einfluss sei.“ Bei der Section zeigten sich die Lungen vollkommen gesund und intact.

In seiner äusseren Erscheinung repräsentirte Moritz Schmidt den Typus eines höheren Beamten. Ueberaus stattlich, kerzengerade aufgerichtet, das freundliche bebrillte Gesicht von einem kurzen graumelirten Vollbart umrahmt, mit leiser Stimme sprechend, sehr ruhig, Fernstehenden etwas reservirt erscheinend, war er eine „Excellenz“, wie man sie sich vorstellt. Aber hinter dieser zurückhaltenden äusseren Form barg sich eine Seele von reinster Herzensgüte, eine selten warme Menschenliebe, ein unermüdlich treuer Diener seiner Wissenschaft, — ich kann nur wiederholen: ein guter Mensch! —

Sein Andenken wird unvergessen bleiben. —

Felix Semon.

Verzeichniss der Arbeiten Moritz Schmidt's.

1. Dissertation: De renum structura quaestiones. 1860.
2. Die Kehlkopfschwindsucht und ihre Behandlung. 1880.
3. Ueber die Heilbarkeit und Therapie der Larynxphthise (gemeinsam mit Th. Heryng und H. Krause). 1887.
4. Ueber Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht. Deutsche medicinische Wochenschr. 1886. No. 49.
5. Wirkungen des Koch'schen Heilverfahrens bei tuberculösen Erkrankungen des Kehlkopfes. Berl. klin. Wochenschr. 1891. No. 18.
6. Die primäre acute Phlegmone des Pharynx. Verhandlungen des X. intern. Congresses. Berlin 1889.
7. Ueber Schlitzung der Mandeln. Therap. Monatsschr. 1889. No. 10.
8. Die seitlichen Divertikel des Nasenrachenraumes. Arch. f. Laryng. 1893. I. 1.
9. Zur Diagnose und Behandlung der Erkrankungen des Antr. Highmori. Berl. klin. Wochenschr. 1888. No. 50.
10. Ueber das Ansaugen der Nasenflügel. Deutsche medicin. Wochenschr. 1892. No. 4.



11. Ueber die Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand mittels Electrolyse. XII. Congr. für innere Medicin. 1893. Berl. klin. Wochenschr. 1893. No. 19; Deutsche med. Wochenschrift. 1893. No. 17.
12. Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Unregelmässigkeit der Nasenscheidewand mittels der electrisch getriebenen Sägen. 1896. Bd. V.
13. Ueber die Nachbehandlung nach Operation der verbogenen Nasenscheidewand. Münch. med. Wochenschr. 1898. No. 28.
14. Diagnose des Kehlkopfcarcinoms. Verhandlung. d. internat. Congresses. Paris 1900.
15. Ueber die Behandlung des parenchymatösen Kropfes. Deutsche med. Wochenschr. 1884. No. VIII.
16. Ueber frühzeitige Diagnose und Behandlung der Aortenaneurysmen. 1899.
17. Die Beziehungen der Laryngologie zur Gesammtmedicin. Festrede bei der Versammlung süddeutsch. Laryngol. 2. VI. 03.
18. Krankheiten der oberen Luftwege. 1894, 1897, 1903.
19. Zahlreiche casuistische Mittheilungen in den Verhandlungen der Naturforscherversammlungen, internationaler Congresse, Congresse für innere Medicin etc.

II. Adalbert von Tobold †.

Nur kurze Zeit ist es Adalbert von Tobold, wohl dem Senior der Laryngologen der Welt, vergönnt gewesen, die Feier seines 80. Geburtstages zu überleben. Am 22. December 1907 ist er nach kurzem Leiden sanft entschlafen.

v. Tobold, geboren am 22. November 1827, gehörte zu den ersten Pionieren der Laryngologie. Nachdem er sich ursprünglich zum Chirurgen ausgebildet hatte — er war Assistent B. v. Langenbeck's gewesen —, widmete er sich der neuen Wissenschaft sofort nach ihrer Entstehung und war Jahre lang neben dem verstorbenen Waldenburg der bekannteste Kehlkopfarzt Berlins. In seine erste laryngoskopische Zeit fallen verschiedene casuistische Mittheilungen und die Construction zahlreicher Instrumente und Beleuchtungsapparate. Er besass eine Sammlung selbstgefertigter vorzüglicher plastischer Nachbildungen von krankhaften Zuständen des Kehlkopfs. Aus seinem Hauptwerk, dem „Lehrbuch der Laryngoskopie und Kehlkopfkrankheiten", hat die Mehrzahl der älteren Fachgenossen reiche Anregung und Belehrung geschöpft. Später erlaubte ihm wohl seine ausgebreitete Praxis wenig Zeit zur wissenschaftlichen Thätigkeit. Im Jahre 1887 war er unter den Aerzten, die im Beginn der Krankheit des damaligen Deutschen Kronprinzen consultirt wurden. Er sprach sich mit Bestimmtheit für den krebsigen Charakter des Leidens aus. — Seitdem ist er wenig in die Oeffentlichkeit getreten. — Er war Geheimer Medicinalrath, Professor und Ritter zahlreicher hoher Orden. — Dem liebenswürdigen Manne bleibt ein Gedächtniss unter den Vorkämpfern der Laryngologie gesichert.

Felix Semon.

III. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1906.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasen-rachenraum.	Mundrachen-höhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	60	172	101	31	112	23	42	**541**
Deutschland	41	113	58	9	84	8	10	**323**
Grossbritannien und Colonien	13	59	51	7	75	8	13	**226**
Frankreich	10	55	47	10	42	12	12	**188**
Ungarn	4	39	18	3	40	1	1	**106**
Oesterreich	3	25	20	2	37	2	3	**92**
Belgien	4	28	14	5	21	3	2	**77**
Italien	4	10	18	2	20	4	3	**61**
Holland	3	19	12	4	18	2	2	**60**
Spanien	3	12	13	—	16	—	2	**46**
Russland	3	14	7	1	14	—	3	**42**
Skandinavien	4	12	5	1	12	1	2	**37**
Polen	3	10	5	3	7	1	1	**30**
Schweiz	1	3	2	3	5	2	—	**16**
Zusammen	156	571	371	81	503	67	96	**1845**

Die statistische Zusammenstellung giebt zu besonderen Bemerkungen keine Veranlassung. Es ist eine kleine Zunahme der Arbeiten zu constatiren.

IV. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **A. A. Coolidge jr.** und **H. A. Barnes. Neue Fortschritte in der Laryngologie. (Recent progress in Laryngology.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 2. Mai 1907.*

Es wird besprochen: Aetiologie der Septumverbiegungen, die Skiagraphie als Hilfsmittel bei Diagnose und Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen, die Bakteriologie des Pharynx, die malignen Larynxerkrankungen; Aetiologie und Pathologie der Sängerknötchen, die Gastroscopie mittelst einer Modifikation der Bronchoskopie, die Gefahren des unvorsichtigen Adrenalingebrauchs.

EMIL MAYER.

2) **Jonathan Wright. Die physischen Processe der Immunität und Infection. (The physical processes of immunity and infection.)** *N. Y. Medical Record. 2. März 1907.*

Verf. ist der Ansicht, dass die meisten pathogenen Organismen durch den Oropharynx und Nasenrachen in den Organismus eindringen; er widmet seine besondere Aufmerksamkeit dem Kampfe zwischen diesen Mikroben und den natürlichen Schutzkräften des Organismus. Unter diesen räumt er eine hervorragende Rolle der Bewegung der Flimmerepithelien, ferner dem von oben nach unten fliessenden Strom seröser Flüssigkeit und der Osmose ein. Verf. wendet sich dagegen, dass man durch excessive Curettage, die Nebenhöhlen des natürlichen Schutzes entblösst, den sie in den Flimmerepithelien besitzen. Er ist auch der Meinung, dass die Nebenhöhleneiterung, die man in mehr als der Hälfte aller Fälle von Pneumonie findet, auf eine Lähmung der Cilien zurückzuführen ist.

LEFFERTS.

3) **Hermann M. Biggs, William H. Park** und **N. B. Potter. Zusammenfassung der Untersuchungen über Opsonine, ausgeführt unter den Auspicien der Commission für die Erforschung der Respirationserkrankungen des New Yorker Gesundheitsdepartements. (A summary of the studies on opsonins carried out under the auspices of the commission for the investigation of respiratory diseases of the New York Board of Health.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Juni 1907.*

Die Schwierigkeiten bei der Bestimmung des opsonischen Index bestehen in dem Zählen der Bacillen, ferner in der Schwierigkeit eine Reinkultur von den Mikroorganismen zu erhalten, mit denen der Patient inficirt ist. Die Bestimmung des opsonischen Index alle zwei oder drei Tage ergab irrthümliche Information. Die Variation des normalen opsonischen Index lag in sehr weiten Grenzen. Die Fälle, die am häufigsten durch Behandlung mit Bakterienvaccine beeinflusst wurden, waren solche mit Staphylokokkenabscessen. Fälle von Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung wurden zuerst gebessert, später trat jedoch Rückfall ein. Im Ganzen scheint nach Ansicht der Verff. die Behandlung mit Bakterienvaccine nicht im Stande, auf therapeutischem Gebiet revolutionär zu wirken.

LEFFERTS.

4) **Charles G. Kerley. Der fragliche Einfluss sogenannter diathesischer Zustände bei Hals- und Nasenkrankheiten des Kindes. (The questionable influence of so called diathetic conditions in diseases of throat and nose in children.)** *N. Y. Medical Journal. 24. August 1907.*

Die früher vielgenannte „scrophulöse" und „strumöse" Diathese sind durch Entdeckung des Tuberkelbacillus aus ihrer Position verdrängt worden. Nach Ansicht des Verf. haben am Zustandekommen adenoider Vegetationen drei Factoren den grössten Antheil: die Gewohnheit des Saugens, der reichliche Zuckergebrauch (?) und die allen Kindern gemeinsame Neigung des lymphatischen Gewebes zur Erkrankung.

LEFFERTS.

5) **H. T. Hollmann. Augen-, Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten bei an Lepra leidenden Personen. (Diseases of the eye, ear, nose and throat among persons afflicted with leprosy.)** *N. Y. Medical Journal. 26. October 1907.*

Lepröse Nasenaffectionen: In 75 pCt. aller behandelten Fälle bestand eine vollkommene Perforation des Septum, in vielen Fällen das völlige Fehlen des knorpligen und knöchernen Septums, ein ähnliches Bild wie bei tertiärer Syphilis.

Lepröse hypertrophische Rhinitis: Die Schleimhaut ist hochgradig hypertrophirt und die Muscheln vergrössert, so dass völliger Verschluss der Nase resultirt. Diese Fälle bluten leicht. Nur in einem der beiden bakteriologisch untersuchten Fälle wurde der Leprabacillus gefunden. Therapie: Eucalyptolspray mit nachfolgender Aristolinsufflation.

Lepröse atrophirende Rhinitis: Die atrophische Rhinitis der Leprösen unterscheidet sich nicht von der gewöhnlichen Rhinitis atrophicans.

Nasale Neurosen: Um das Vorhandensein von lepröser Neurose des N. olfactorius festzustellen, untersuchte Verf. 100 schwere Fälle von Lepra und fand bei 21 völlige Anosmie. Unter 50 leichten Fällen fand Verf. keinen mit Anosmie.

Antrumerkrankungen: Es bestehen in einigen Fällen entzündliche Processe der Highmorshöhle. Verf. führt dies auf eine Periostitis des Alveolarfortsatzes zurück, die veranlasst sein soll durch die bei den Leprösen sehr häufigen Zahnaffektionen.

Tonsillen: Verf. hat bei den Leprösen eine eigenthümliche Tonsillenerkrankung constatirt. Sie beginnt gewöhnlich mit der Bildung von kleinen, gelblich-weissen Lepraknoten in der Tonsillarsubstanz der Tonsillen, die sich dann entzünden und leicht geschwollen werden. Diese Vergrösserung nimmt zu und eine fibröse Veränderung greift in der leprösen Tonsille Platz. In weit vorgeschrittenen Fällen constatirt man also stark vergrösserte mit Lepraknoten durchsetzte Tonsillen.

Pharynx: Fast bei allen untersuchten Patienten fand sich eine Hyperästhesie bei Berührung. Unter 100 schwer Erkrankten konnten 8 süss von sauer oder bitter nicht unterscheiden, 10 hatten nicht die Empfindung von heiss und kalt im Munde. Lepra des Pharynx beginnt in der Form kleiner Knötchen, die eine entzündliche Reaction in den umgebenden Geweben hervorrufen mit nachträglichem Zerfall und mehr oder minder ausgesprochener Ulceration. Oft machen diese Ulcerationen Perforationen des weichen Gaumens.

Larynx: Unter den ältesten diagnostischen Zeichen der Lepra figuriren Heiserkeit und Stimmverlust. Die Lepraaffection wird gewöhnlich von Nase und Rachen fortgeleitet oder sie kann auch als Complication einer vorgeschrittenen Lepra ohne Befallensein des Pharynx auftreten. Man findet Hyperämie der Schleimhaut an den Aryknorpeln und aryepiglottischen Falten, die frühzeitig mit kleinen gelb-weissen Lepraknoten durchsetzt werden, die dann zerfallen. Die Epiglottis verliert ihre Beweglichkeit und die Taschenbänder werden geschwollen und verdecken die wahren Stimmbänder. In einigen Fällen wurden lepröse Ulcerationen der Epiglottis selbst constatirt. In manchen anderen Fällen findet man kleine Knötchen im Arytänoidalraum und an beiden Stimm- und Taschenlippen.

In der Mehrzahl der Fälle besteht Hyperästhesie des Kehlkopfs. Die Behandlung bestand in Eucalyptolspray nebst Einblasung von Orthoform, in anderen Fällen von Localapplication von 5 proc. Protargollösung.

LEFFERTS.

6) Theodore W. Schaefer. **Die Verunreinigung der Luft in unseren Städten durch Schwefeldioxyd als Ursache von Respirationserkrankungen. (The contamination of the air of our cities with sulphur dioxide the cause of respiratory disease.)** *N. Y. Medical Record. 10. August 1907.*

Verf. hält die Verunreinigung der Luft mit Schwefeldioxyd für eine der wichtigsten Ursachen für Asthma; die Aufmerksamkeit der Hygieniker sei noch zu wenig auf diesen Punkt gerichtet.

LEFFERTS.

7) T. D. Crothers. **Einige Wirkungen von Alkohol und Giften auf die oberen Luftwege. (Some effects of spirit and drug taking on the upper air passages.)** *N. Y. Medical Record. 8. Juni 1907.*

Es ist eine Ausnahme, wenn man Personen findet, die an spirituöse Getränke oder Tabak gewöhnt sind und keinen Catarrh der oberen Luftwege haben. Eine sehr gefährliche Drogue ist das Cocain; die Gefässparalyse, die der Anwendung dieses Mittels in der Nase folgt, breitet sich nach unten auf Pharynx und Larynx aus. Gleichfalls sehr schädlich ist der Taback und die schlimmste Form seiner Anwendung ist die Cigarette, weil wegen der unmittelbaren Nähe des Mundes alle Verbrennungsprodukte und Gase in directen Contact zur Schleimhaut gelangen. Morphium und Opium haben keinen specifischen directen Einfluss auf die oberen Luftwege, ausser den eines Narkotikums.

LEFFERTS.

8) Polanski. **Die krankhaften Veränderungen in Nase, Rachen und Luftröhre, welche im Laufe der Influenza entstehen. (Zmiany chorobowe oraz powiklania w nosie, gardzieli i tchawicy przy influenzie.)** *Pam. Tow. Lek. 1907.*

Verf. theilt eigene diesbezügliche Beobachtungen mit, die er im Laufe der im Jahre 1906 in Warschau herrschenden Influenza zu beobachten Gelegenheit hatte, besonders werden vom Verf. die Sinuskrankheiten hervorgehoben, welche bekanntlich meistens Ursache von chronischen Sinuseiterungen sind. Besonders macht er auf die klinische Thatsache aufmerksam, dass der grösste Theil der acuten Sinuserkrankungen spontan heilt und es geschieht dies in diesen Fällen, wo die Ostia (maxillare und nasofrontale) eine breite Verbindung zum Hauptnasengang haben. Was nun die Therapie derartiger Sinusiten anbelangt, so genügt meistens schonende Therapie und höchstens eine totale oder partielle Resection der Mittelnasenmuschel. In chronischen Fällen (am öftesten der Eiterung der Kieferhöhle) muss eine Radikaloperation ausgeführt werden (Verf. zieht die Luc-Cadwell'sche Methode vor). Was den Kehlkopf anbelangt, welcher sehr oft bei der Influenza afficirt wurde, so kommen meistens Chorditen mit sehr charakteristischem Aussehen vor, mit Krustenbildung, welche trockenen Husten und Atemnot hervorrufen. Oefter wurde auch Laryngitis haemorrhagica beobachtet und einige Male Laryngitis submucosa acuta mit Abscessbildung.

A. v. SOKOLOWSKI.



9) **Westenhoeffer** (Berlin). **Ueber den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von der übertragbaren Genickstarre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 39 u. 40. 1906.*

Von den ausführlichen Erörterungen über das Thema sei an dieser Stelle erwähnt die Ansicht des Verf., dass in jedem Falle von acuter Genickstarre eine entzündliche Veränderung des Rachens, insbesondere der Rachentonsille besteht, dass diese Entzündung auf die Umgebung (hintere Nasenabschnitte, Nebenhöhlen, Rachenraum, Gaumentonsillen) übergreifen, aber nach kurzer Zeit verschwinden kann, so dass in älteren Fällen nichts mehr davon nachzuweisen ist. Aus dem Rachensecrete, nicht aber immer aus dem Nasensecret, lassen sich in Genickstarrefällen Meningokokken züchten.

Die Frage nach der Entstehung der Meningitis beantwortet Verf. dahin, „dass eine lymphogene Infection, insbesondere den Nervenbahnen entlang nach aufwärts durch von wandernden Leukocyten eingeschlossene Meningokokken nicht ausgeschlossen ist, dass dagegen die hämatogene Infektion der Hirnhäute die wahrscheinlichste ist.“ Eine vergrösserte Rachentonsille bei Kindern, eine grössere persistirende bei Erwachsenen prädisponirt für die Erkrankung.

ALBANUS (ZARNIKO).

10) **von Schrötter** (Wien). **Eine neue Beleuchtungsart von Canälen und Höhlen.** (B. Fränkel (Berlin) zu seinem 70. Geburtstage gewidmet.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1906.*

Das Prinzip der neuen Beleuchtungsart ist die Fortleitung des Lichtes durch einen Glasstab. Ebenso leitet auch die Wand einer Glasröhre das Licht. Der Autor nimmt nun eine Glasröhre von 1—1,3 mm Wandstärke mit oben grösserer, nach unten allmählich abnehmender Dicke, giebt ihrem proximalen Ende eine konische Gestalt und bringt an ihrer oberen Fläche ein ringförmiges Glühlämpchen an. Dadurch erscheint das distale Ende einer selbst 40 cm langen Röhre schön leuchtend.

Zweckmässig wird das Rohr innen abgeblendet, und die Lichtquelle mit einem Metallmantel verdeckt.

Durch die intensive Beleuchtung am Rohrende eignet sich diese Methode besonders für operative Eingriffe und Extraktion von Fremdkörpern. Die Vortheile des Apparates sind leicht ersichtlich.

ALBANUS (ZARNIKO).

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **Reinhard** (Köln). **Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und des Auges.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 62. 1907.*

Bei einer 71 jährigen Frau wurde eine ausgedehnte Geschwulstbildung des Gesichtes mit Vortreibung des rechten Bulbus, Geschwüre am harten Gaumen, Perforation desselben und Verstopfung der Nase constatirt. Da durch eine Schmierkur wesentliche Besserung erzielt wurde, nahm man Syphilis an. Es trat jedoch später eine Zunahme der Geschwülste ein, die Section ergab, dass es sich um Cylindrom handelte.

SEIFERT.



12) **A. Onodi** (Budapest). **Die Sehstörungen und Erblindung nasalen Ursprungs, bedingt durch Erkrankungen der hinteren Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 260.*

Ausführlicher Bericht über das gesamte Material, das Verf. durch eine Umfrage bei einzelnen hervorragenden Ophthalmologen, durch das Studium der Literatur und durch seine bekannten eigenen Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Sehstörungen und Erkrankungen der hinteren Nebenhöhlen zusammenbringen konnte. F. KLEMPERER.

13) **Otto Mayer** (Graz). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Sehstörung und Erblindung nasalen Ursprungs.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 31. 1907.*

Im beschriebenen Falle handelt es sich um eine alte Frau, welche seit mehreren Jahren an Symptomen von rechtsseitigen Nebenhöhleneiterungen litt. Im Anschlusse an eine acute Exacerbation trat plötzlich Erblindung rechts, langsame Abnahme der Sehschärfe links ein. Nach Eröffnung der Kiefer- und Keilbeinhöhle rechts, sowie der hinteren Siebbeinzellen besserte sich das Sehvermögen links fast bis zum normalen, rechts bestand wahrscheinlich schon Atrophie des Opticus. Ursächlich kommt für die Sehstörung in diesem Falle nur das Empyem der Keilbeinhöhle und der hinteren Siebbeinzellen in Betracht. CHIARI.

14) **Halle** (Berlin). **Externe oder interne Operation der Nebenhöhleneiterungen.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 42, 43 und No. 29 Vereinsbeilage. 1906.*

Für die Therapie der rhinogenen Empyeme hält Verf. die normale Respiration durch die Nase für einen wichtigen Factor, indem durch Erzeugung eines negativen Druckes in der Höhle eine Absaugung von Secret und durch Absaugen der feuchten Luft in der Höhle eine Austrocknung derselben zustande käme. Zugleich träte damit die desinficirende Kraft der trockenen Luft in Wirksamkeit. Erforderlich ist demnach vor allem Herstellung normaler Atmungsverhältnisse in der Nase und Abschwellen der Ostien der Nebenhöhlen für die Therapie der Empyeme.

Im speciellen Falle des Empyems der Kieferhöhle eröffnet Verf. die Höhle mit der Fraise vom unteren Nasengang, wenn eine Rückbildung zur normalen Schleimhaut in der Höhle zu erwarten steht; sonst Empfehlung der radicalen Operation von der facialen Seite.

In die Stirnhöhle glaubt Verf. ohne Schwierigkeit in der Mehrzahl der Fälle mit einer Sonde gelangen zu können, „indem man dem ausströmenden Eiter folgt."

Um endonasal den Ausführungsgang der Stirnhöhle zu erweitern, führt Verf. auf dem Wege der eingedrungenen Sonde einen Schützer ein (eine biegsame metallene Halbrinne von der Form der eingeführten Sonde), welcher den Zweck hat, sich nach hinten der Tabula interna und lateral der Orbita anzulegen. Dringt man jetzt genau entlang dem Schützer mit einer elektrisch betriebenen, bohrenden Fraise „nach vorn und oben", so kann man „in der Richtung nach vorn und medial ohne jede Gefahr nach oben gehen und den von der Spina naso-frontalis interna gebildeten Boden so weit öffnen", dass man für eine vorn abgestumpfte Fraise eine genügend grosse Oeffnung erhält, welche dann die gesetzte Oeffnung noch entsprechend erweitern kann.

Ueber die Operation der Stirnhöhle von aussen stellt Verf. die allgemein gebräuchliche Indication auf.

In der Discussion zu dem Vortrag, die zugleich eine Kritik der empfohlenen Behandlung der endonasalen Eröffnung der Stirnhöhle mit der Fraise enthält, äussern Senator, Ritter, Peyser, Bognar ihre Bedenken gegen die Anwendung der Fraise zur Anbohrung der Stirnhöhle von innen wegen der grossen Gefahr der Verletzung der Tabula interna und wegen der Schwierigkeit, die Stirnhöhle wirklich zu sondiren.

Senator erwähnt einen Fall, wo die Trephine einen falschen Weg nach vorn, aus der Nase heraus, einschlug, allerdings ohne weitere Complication. In einem zweiten Falle aber trat nach Verletzung der Tabula interna durch die Fraise consecutive tödtliche Meningitis ein.

In Bezug auf die anderen Forderungen des Vortr. bei Behandlung der Empyeme herrscht im Allgemeinen Uebereinstimmung. ALBANUS (ZARNIKO).

15) **Max Halle. Aeussere oder innere Operation bei Nebenhöhleneiterung. (External or internal operation for suppuration of the accessory nasal sinuses.)** *The Laryngoscope. Februar 1907.*

Cfr. das vorhergehende Referat. EMIL MAYER.

16) **J. A. Stucky. Einige psychische Symptome infolge Erkrankung der Nasennebenhöhlen. (Some mental symptoms due to disease of nasal accessory sinuses.)** *N. Y. Medical Record. 24. November 1906.*

Verf. meint, dass eine Anzahl von Fällen von Melancholie und Suicidium, die im Verlauf der Influenza berichtet werden, auf die Erkrankung der Nebenhöhlen zurückzuführen sei. In den 9 Fällen, über die Verf. berichtet, waren die Siebbeinzellen ausgedehnt erkrankt. Verf. ist der Meinung, dass für die Majorität der Fälle im Siebbein die Ursache für die Infection der Stirn-, Oberkiefer- und Keilbeinhöhle zu suchen sei; er betont, dass frühzeitige Amputation des vorderen Drittels der mittleren Muschel die Nothwendigkeit späterer radicaler Operationen vermindert. Ob die hier in Frage stehenden Zustände bedingt sind durch den intracraniellen Druck, durch directe oder indirecte Meningealreizung, gestörte Hirncirculation oder Toxaemie bleibt dahingestellt. Thatsache ist, dass in diesen Fällen Ventilation der verschlossenen Sinus oder Heilung der Eiterung die Psychose beseitigt; andererseits verschlimmert die Eiterretention die psychischen Symptome oder Recidiv der Eiterinfection wird von Rückkehr der Psychose begleitet.

LEFFERTS.

17) **M. Weil** (Wien). **Bemerkungen über die Anwendung der Saugtherapie bei Naseneiterungen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 26, 27. 28. 1907.*

Nach Anführung aller Methoden der Saugtherapie entwickelt der Autor auf Grund seiner Experimente in ausführlicher Weise die Art der Wirkung und kommt zu dem Resultate, dass er die Anwendung der Luftverdünnung in der Nase und den Nebenhöhlen höchstens zu diagnostischen Zwecken empfehlen könnte. Vor

der Anwendung dieses Verfahrens zwecks Therapie von Naseneiterungen möchte der Verf. eindringlichst warnen.

C. CHIARI.

18) **R. Sondermann** (Dieringhausen). **Weitere Erfahrungen mit meinem Nasensauger.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 425.*

Verf. bespricht die Einwände, die gegen seine Saugbehandlung erhoben worden sind und berichtet über weitere günstige Erfahrungen, die er mit derselben bei acuten und chronischen Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen, besonders bei Ozaena gemacht hat.

F. KLEMPERER.

19) **A. Onodi. Beiträge zur Kenntniss der Nasennebenhöhlen.** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.). 3. u. 4. H. S. 216. 1907.*

Zusammenfassende Ergebnisse der Untersuchungen Onodi's über Bau und Ausdehnung der Kieferhöhle, Stirnhöhle, Keilbeinhöhle und Siebbeinzellen.

J. KATZENSTEIN.

20) **Fränkel** (Berlin). **Krankenvorstellung. (Hyperostosis des Oberkiefers.)** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. Vereinsbeilage. 1906.*

Verf. erinnert zunächst an ein früher demonstrirtes 12jähriges Mädchen, die an Leontiasis ossea der Knochen des Gesichtes der Ober- und Unterkiefer, litt. Heilung nach Inunctionen von Hg.

Beim vorgestellten 44jährigen Patienten, bei dem sich die Erkrankung im Anschluss an eine Verletzung der Wange entwickelt hatte, sieht man jetzt, wie eine beigefügte Photographie erkennen lässt, eine starke Auftreibung der Processus nasales der beiden Oberkiefer, die so stark ist, dass die sonst grosse Nase, von vorn gesehen, glatt erscheint. Die Erkrankung erstreckt sich auch auf das Os palatinum und in die Kieferhöhle hinein, wie eine Röntgenaufnahme lehrt. Vollkommene Nasenstenose, Thränenträufeln. Verwachsungen zwischen Septum und lateraler Nasenwand.

In der Discussion erwähnt Grunmach (Berlin) einen ähnlichen Fall, von dem er ein stereoskopisches Röntgenbild demonstrirt.

ALBANUS (ZARNIKO).

21) **Murayama** (Japan). **Ein Fall von Fibroma angiomatosum der Oberkieferhöhle.** *Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. December 1906.*

Ein 30jähriger Reishändler litt seit 10 Monaten an rechtsseitiger Nasenverstopfung, schleimigem Nasenausfluss und Anschwellung des Oberkiefers. Es entstand eine Fistel zwischen den beiden oberen Prämolarzähnen. Wegen Verdacht auf Zahncyste öffnete man probeweise die Oberkieferhöhle von der Fossa canina aus, und fand eine rundliche blutende, weiche Tumormasse. Nach Kocher machte man die Höhle vom Gesichte aus breit auf und excidirte die ganze Tumormasse, die aus dem Periost der medialen Höhlenwand herstammte. Mikroskopische Befunde: Im bindegewebigen Stroma sieht man Blutansammlung. Grosse Aehnlichkeit mit dem Granulationsgewebe beim Empyem.

INO KUBO.

22) **Vues. Oberkiefertumor. (Tumeur du maxillaire supérieur.)** *La Policlinique. No. 3. 1907.*

Tumor im Bereiche der rechten Wange, vom Alveolarfortsatz des Oberkiefers

ausgehend, hatte das Antr. Highmori eingenommen und sich bis in die Orbitalhöhle fortgepflanzt. Entfernung mit theilweiser Resection des Oberkiefers. Incision nach Liston-Nélaton, in der Trendelenburg'schen Lage; mit nicht sehr reichlicher Blutung. Der histologische Untersuchung der glatten, kugeligen, gleichsam abgekapselten Geschwulst, deren Consistenz fibrös und die Farbe weisslich ist, ist bis jetzt noch nicht vorgenommen worden. BAYER.

23) **Kronheimer** (Nürnberg). **Ueber Kiefercysten.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. 1906.*

Nichts Neues. ZARNIKO.

24) **Ludwig Neufeld** (Posen). **Tuberculose, Syphilis und Kieferhöhleneiterung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 215.*

Bericht über einen Fall von tuberculöser Eiterung der Kieferhöhle und einen Fall von Empyem der Highmorshöhle infolge gummöser Erkrankung ihrer facialen Knochenwand. F. KLEMPERER.

25) **K. M. Menzel. Experimentelle Kieferhöhlenspülungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 371.*

Auf Grund einer von Lermoyez geäusserten Annahme, dass nämlich durch forcirte Spülungen der Kieferhöhle von einer Cowperöffnung aus der Wasserstrahl und mit ihm infectiöses Material durch den Hiatus semilunaris in die Stirnhöhle gelangen könne, stellte Verf. Spülversuche an Schädeln mit wässeriger Eosinlösung an; das Eosin imbibirt die Gewebe und hinterlässt unzweideutige Spuren seiner Anwesenheit, so dass der Weg der Spülflüssigkeit nachher sicher zu constatiren ist. Es ergab sich, dass selbst bei forcirtester Spülung die Flüssigkeit nicht aus der Kieferhöhle in die Stirnhöhle dringt; auch ins vordere Siebbeinlabyrinth drang in den meisten Fällen nichts ein, nur in einem kleinen Theil der Fälle fand sich in der unterhalb der Insertionslinie der mittleren Muschel gelegenen, der Bulla ethmoidalis entsprechenden Partie derselben, etwas eosingefärbte Flüssigkeit. F. KLEMPERER.

26) **Pietri. Doppeltes Antrumempyem und Bronchitis. (Sinusite maxillaire double et bronchite.)** *Gazette hebdomad. des sciences médicales de Bordeaux. No. VIII. 1907.*

Die Bronchitis, die ähnliche Erscheinungen, wie eine Lungenphthise zeigte, wird vom Verf. einzig auf das doppelseitige Empyem zurückgeführt. BRINDEL.

27) **Villemonte-Laclergerie. Oculo-orbitale Complication der Oberkieferhöhlenempyeme. (Complications oculo-orbitaires des sinusites maxillaires.)** *Thèse de Bordeaux. 1906.*

Die schwerste Complication ist die Orbitalphlegmone; ferner kommen vor: Keratitis, Iritis, Netzhautablösung, Neuritis, einfache Gesichtsfeldeinengungen, Thränenträufeln, Dacryocystitis. Die Heilung des Antrumempyems muss der geeigneten Behandlung der Augenkrankheit vorausgehen. BRINDEL.

28) Texier (Nantes). **Ueber die käsigen Oberkieferhöhlensinusiten; Symptome und Diagnose. (Des sinusites maxillaires caséeuses. Signes et diagnostic.)** *La Presse Otolaryngologique Belge. No. 2. 1907.*

Mittheilung auf der Versammlung der Belg. otorhinolaryngolog. Gesellschaft am 10. Juni 1906; vergl. den diesbezügl. Bericht.

PARMENTIER.

29) Parage. **Das käsige Highmershöhlenempyem. (La sinusite maxillaire caséeuse.)** *Thèse de Bordeaux. 1907.*

Verf. unterscheidet zwei Formen, die freie Verkäsung mit geringfügiger Reaction seitens der Schleimhaut und die wuchernde Form, bei der die Symptome ausgesprochener sind und die Veränderungen in der erkrankten Region oft denen ähnlich sind, wie sie durch maligne Tumoren hervorgerufen werden. Die Behandlung besteht in der Punction vom unteren Nasengang aus mit nachfolgender aseptischer Ausspülung.

BRINDEL.

30) Chevalier Jackson. **Diejenige Highmorshöhlenoperation, die uns die besten Resultate gegeben hat. (The maxillary sinus operation that has yielded me the best results.)** *The Laryngoscope. 1906.*

Nach Abtragung des grössten Theils oder der ganzen mittleren Muschel und Amputation der ganzen unteren Muschel, von der nur ein langer streifenförmiger Stumpf stehen bleibt, wird die normale Antrumöffnung bis zum Nasenboden herab erweitert. Von der Weite der so gemachten Oeffnung hängt der Erfolg der Operation ab. Man soll möglichst eine Verletzung des Ductus nasalis vermeiden. Nach hinten muss die Oeffnung bis zur hinteren Grenze der Highmorshöhle erweitert werden, so dass vollkommene Drainage besteht, ohne „Tasche" bei der Rückenlage. Dann wird von der vorderen Wand auf oralem Wege soviel entfernt, dass man mit dem Finger eingehen und alles Erkrankte entfernen kann. Das normale Flimmerepithel ist zu schonen, alles Erkrankte ist zu entfernen.

EMIL MAYER.

31) Oresco (Bukarest). **Die Insufflation von Sauerstoff unter Druck bei der Behandlung der Oberkieferhöhlenempyeme. (L'insufflation d'oxygène sous pression dans le traitement des empyèmes sinusites maxillaires.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 11. 1907.*

Verf. hat bei 11 Kranken Ausspülungen der Höhle mit nachfolgender Einblasung von Sauerstoff unter Druck angewandt; 3—11 Sitzungen genügten in allen Fällen, um die mehr oder minder eingewurzelte und fötide Eiterung zum Verschwinden zu bringen.

BRINDEL.

32) L. Mader (München). **Radiotherapie bei chronischen Kieferhöhlenentzündungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18.*

M. probirte zuerst die Glimmlichtbestrahlung, ohne wesentliche Erfolge zu erzielen. Er ging dann zur Behandlung mit Hochspannungsfunkenlicht über, welche bessere Resultate zu versprechen scheint. Die vorliegende Arbeit ist in der Hauptsache der Beschreibung der von M. zur Belichtung der Kieferhöhle construirten Apparate gewidmet.

F. KLEMPERER.

33) **John Gutman. Einseitiges Nebenhöhlenempyem mit complicirendem Orbitalabscess, (Unilaterale empyema of the accessory sinuses of the nose complicating orbital abscess.)** *The Laryngoscope. December 1906.*

Untersuchung des Augenhintergrundes zeigte Hyperämie des Sehnerven. Aus der Nase floss übelriechender Eiter. Probepunction der Highmorshöhle war positiv. Am nächsten Tage Radikaloperation, Fortnahme der vorderen Wand und Ausspülung der Höhle. Am nächsten Tage wurden die Siebbeinzellen untersucht; man fand sie voll übelriechenden Eiters und den Knochen nekrotisch. Ausräumung des Siebbeins. Der Abscess am inneren Augenwinkel wurde eröffnet und eine Communication zwischen der Oeffnung in der äusseren Wand und dem Siebbein geschaffen. Heilung.

EMIL MAYER.

34) **L. R. Culbertson. Bericht über zwei Fälle von Radicaloperation der Highmorshöhle und des Siebbeins. (Report of two cases of radical operation on the maxillary sinus and ethmoid.)** *The Laryngoscope. October 1906.*

Einer der beiden Fälle endete tödtlich.

EMIL MAYER.

35) **F. Kretschmann. Zur Nachbehandlung der aufgemeisselten Kieferhöhle bei chronischer Sinusitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1907.*

Unter Hinweis auf die Rückbildungsfähigkeit der auch hochgradig veränderten Schleimhaut empfiehlt K. die Schleimhaut bei der Radikaloperation der Kieferhöhle zu erhalten. Er operirt nach der Denker'schen Methode, jedoch mit folgenden Abweichungen: Die untere Muschel wird erhalten, die laterale Schleimhautauskleidung des unteren Nasenganges wird nicht als Lappen in die Kieferhöhle hineingeklappt, sondern im Gebiet des entfernten Knochens gleichfalls vollkommen abgetragen. Die orale Wunde wird nicht primär vernäht, sondern in toto etwa 4—5 Wochen offen gehalten und von hier aus die Höhle nachbehandelt. Polypöse Schleimhaut-Excrescenzen werden mit der Schlinge abgetragen, Leisten mit der scharfen Zange abgekniffen, Cysten gespalten, Ulceration oder Excrescenzen mit Argent. nitr. in Substanz geätzt. So lange noch stärkere Schwellung der Schleimhaut besteht — Tamponadenbehandlung, später mit 2—3proc. Argent. nitr. Tägliche Ausspülungen der Höhle nimmt der Patient selbst vom Munde aus vor. Anschliessend Betrachtungen über die Beziehungen des Thränennasencanals und das Verhalten der Zähne des Oberkiefers in der Umgebung des Operationsgebietes.

HECHT.

36) **Sagebiel** (Stettin). **Ueber die Therapie der Kieferhöhleneiterungen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 44. Vereinsbeilage. 1906.*

Vortr. fordert für das acute Empyem möglichst conservative Behandlung, bei chronischem Empyem möglichst weite Oeffnung im mittleren Nasengang und Entfernung alles Krankhaften aus der Höhle von der Fossa canina aus; diese angelegte Oeffnung wird sofort wieder geschlossen.

In der Discussion stimmen Alsen, Sprenger, Rothholz diesem Vorgehen zu.

Der erstere nimmt bei der Operation des chronischen Empyems fast die ganze laterale Nasenwand einschliesslich der unteren Muschel fort, ohne dass er danach Borkenbildung in der Nase zu beobachten hatte.

ALBANUS (ZARNIKO).

37) **A. Denker** (Erlangen). **Zur Radicaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 221.*

Verf. berichtet ausführlich über 3 Fälle, in welchen er ein eigenes Operationsverfahren angewendet hat. Dasselbe ist auf der von Luc-Boenninghaus angegebenen Methode aufgebaut und erlaubt wie diese eine radikale Freilegung sämmtlicher erkrankten Kieferhöhlenwände. Es besteht in der Fortnahme des vordersten Theiles der knöchernen lateralen Wand des unteren Nasenganges, durch welche der primäre Verschluss der oralen Wunde und die Nachbehandlung von der Nase aus ermöglicht wird. — Als Vorzug seiner Methode gegenüber der Friedrich'schen Operation hebt Verf. hervor, dass man nicht von aussen her die Skelettheile freizulegen braucht, sondern submukös operiren kann. Die Operation ist nach Verf.'s Erfahrung keine Erschwerung gegenüber den bisher gebräuchlichen Methoden, sondern eher eine Erleichterung; sie lässt sich bei einiger Uebung in etwa 30 Minuten ausführen.

F. KLEMPERER.

38) **Wilh. Grosskopff** (Osnabrück). **Eine Veränderung der Killian'schen Canüle für die Spülung der Kieferhöhle vom mittleren Nasengange aus.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1907.*

An der Killian'schen Canüle ist an deren Abbiegungsstelle am Naseneingang ein solider fester Handgriff angebracht, der es ermöglicht „die Canüle sowohl fester und ruhiger zu halten, als auch bei etwaigem Durchstossen der dünnen Knochenlamelle grössere Kraft anzuwenden".

HECHT.

39) **Henry R. Boettcher. Ein Troikart-Bohrer für das Antrum. (A trocarpointed antrum drill.)** *The Laryngoscope. October 1906.*

Mit dem Instrument, dessen Beschreibung Verf. giebt, ist er im Stande, an jeder Stelle der äusseren Wand in weniger als einer Minute eine Oeffnung in die Highmorshöhle zu bohren.

EMIL MAYER.

40) **Holbrook Curtis. Die Katheterismusbehandlung der acuten Stirnhöhlenentzündung durch die interne Methode. (The catheterization treatment of acute frontal sinus inflammations by the internal method.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Nach Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel werden die Siebbeinzellen mittels einer schmalen schneidenden Zange eröffnet und die Ausräumung mit einem durch den Electromotor betriebenen Drillbohrer vervollständigt. Nach Entfernung der Muschel findet man oft, dass die Structur der Zellen so delicat ist, dass ein Tubenkatheter genügt, um sie zu eröffnen.

EMIL MAYER.

41) **Zitowitsch. Radicaloperation der Stirnhöhle nach Killian. (Korennaja operazia lobnei pasuchi po Killianu.)** *R. Wratsch. No. 28. 1907.*

Beschreibung der bekannten Methode unter Beifügung eines Falles.

P. HELLAT.

42) **Hecht** (München). **Ein biegsamer Watteträger für den Stirnhöhlenausführungsgang.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 170.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentes.

F. KLEMPERER.



43) **E. Köhler** (Magdeburg). **Ueber Siebbeinzelleneiterung.** *Münchener med. Wochenschr. No. 35. 1907.*

Nichts Neues; Orientirung des practischen Arztes über das einschlägige Gebiet.

HECHT.

44) **Rollet** und **Moreau** (Lyon). **Mucocele des Siebbeins. (Mucocèle lacrymo-ethmoïdale.)** *Société de chirurgie de Lyon. 28. April 1907.*

Pat. zeigte im Niveau des Thränensacks eine Anschwellung; es wurde die Diagnose auf eine geschlossene Dacryocystitis gestellt. Im Laufe der Operation drang man durch eine Oeffnung in Höhe der Siebbein-Thränenbeinnaht in das Siebbeinlabyrinth, aus dem sich eine Flüssigkeit entleerte. Heilung. Die Rhinoskopie hatte keine Anzeichen ergeben.

GONTIER de la ROCHE.

45) **Onodi** (Budapest). **Beiträge zur Lehre der durch Erkrankung der hintersten Siebbeinzelle und der Keilbeinhöhle bedingten Sehstörung und Erblindung.** (B. Fränkel [Berlin] zu seinem 70. Geburtstage gewidmet.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1906.*

Der Autor bespricht an der Hand sehr anschaulicher Abbildungen in natürlicher Grösse die anatomische Grundlage der Aetiologie der canaliculären retrobulbären Neuritis und Atrophia optica nasalen Ursprungs. Er zeigt das innige Verhältniss, das zwischen hinterster Siebbeinzelle und Keilbeinhöhle und Canalis opticus und Sulcus opticus bestehen kann.

Die anatomische Grundlage dieser Beziehungen ist äusserst variabel. Der Autor bringt allein 35 verschiedene Formverhältnisse in 11 Gruppen vor, in denen die Scheidewand zwischen Canalis opticus und den genannten Höhlen äusserst dünn sein kann, „in einigen Fällen verläuft der Canalis opticus in den erwähnten Höhlen, die Länge des Canalis opticus kann 6, 10 und 12 mm erreichen, die Wand zwischen der hintersten Siebbeinzelle und dem Canalis opticus, Sulcus opticus ist zumeist papierdünn, in einem Falle war sie 1 mm und in einem anderen Falle 2 mm dick, eine stärkere Scheidewand findet sich öfters zwischen der Keilbeinhöhle und dem Canalis opticus.“ In einzelnen Fällen wurde sogar Dehiscenz der Wand des Canalis opticus beobachtet.

Dieser Hinweis möge genügen. Einzelheiten erfordern Studium des Originals. Der Verf. stellt eine Monographie über das wichtige Thema in Aussicht.

ALBANUS (ZARNIKO).

46) **Glas** (Wien). **Die adenoiden Vegetationen.** *Die Heilkunde. No. 10. 1907.*

Kurze Besprechung der Pathologie und Therapie der Rachentonsille.

SEIFERT.

47) **Sedziak. Ueber die adenoiden Vegetationen auf Grund von 1000 operirten Fällen. (O t. zw. wyroslach gruczolowatych w jamie nosogarczielowejna podstawie pneszlo 1000 dokonanych operacyi.)** *Przeglad Lekarski. No. 39 u. 40. 1907.*

In einem Vortrage auf dem Congresse der polnischen Aerzte in Lemberg besprach Verf. näher Aetiologie, locale und allgemeine Erscheinungen, sowie

Diagnose und verschiedene Complicationen bei bestehenden adenoiden Vegetationen. In allen Fällen benutzte Verf. das Gottstein'sche oder Beckmann'sche Messer, führte die Operation ohne allgemeine Narkose aus. A. v. SOKOLOWSKI.

48) **Samuel W. Thurber. Adenoidgeschwülste bei Kindern. (Adenoid growths in children.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1907.*

Verf. zählt die Indicationen und die Contraindicationen der Operation auf. Er warnt bei kleinen Kindern vor der Anwendung der Narkose. Im Uebrigen enthält der Aufsatz Bekanntes. LEFFERTS.

49) **Charles H. May. Augensymptome und Augenerkrankungen als Begleiterscheinungen der Adenoiden. (Ocular symptoms and diseases accompanying adenoids.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1907.*

Die manchmal vorhandenen Augenerkrankungen — Epiphora, Blepharitis, Dacryocystitis, Conjunctivalhyperaemie, phlyctenulare Conjunctivitis, gewisse an Trachom erinnernde Formen von Conjunctivitis und wirkliches Trachom, verschwinden oder heilen besser nach Operation der Adenoiden. Diese müssen mehr als praedisponirender Factor, denn als directe Ursache betrachtet werden. Rhinitis bei Kindern hängt gewöhnlich vom Bestehen von Adenoiden oder von hypertrophirten Tonsillen oder beiden zusammen ab. Blepharitis, catarrhalische Conjunctivitis, Dacryocystitis und Phlyctaenen können ebenso erklärt werden, indem die locale Praedisposition durch die congestionirte Conjunctiva geschaffen wird. LEFFERTS.

50) **Philip D. Kerrison. Die Frage der Adenotomie während der acuten Mittelohrentzündung. (The question of adenectomy during acute middle ear disease.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1907.*

Die Mehrzahl der Chirurgen und Otologen ist entschieden gegen die Adenoidoperation während acuter Mittelohrerkrankung. Bei der Erwähnung, ob bei Kindern mit Schwellung der Tonsillen und erheblichen adenoiden Vegetationen im Fall einer Otitis media in derselben Narkose die Paracentese und die Adenoidoperation gemacht oder diese erst nach Ablauf der Ohrerkrankung vorgenommen werden soll, entstehen zwei Fragen: Ist die Entfernung der Tonsillen und Adenoiden schliesslich eine Nothwendigkeit und würden diese die Heilung der Ohraffection verzögern? Sind sie gross genug und so localisirt, dass in Bezug auf die Nothwendigkeit, sie zu entfernen, kein Zweifel besteht, so kann auch ihr ungünstiger Einfluss auf die Mittelohrkrankheit nicht bezweifelt werden und dann soll Paracentese und Adenoidoperation in derselben Sitzung gemacht werden.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

51) **P. K. Brown. Entfernte Wirkungen der Tonsillarinfection. (Remote effects of tonsillar infection.)** *N. Y. Medical Record. 22. Juni 1907.*

Nephritis nach Tonsillitis ohne Rheumatismus ist nach Ansicht des Verf.'s häufiger als man glaubt. Er berichtet über einen durch acute Manie complicirten

Fall, ebenso einen von fatal verlaufender Staphylokokkenseptikaemie und einen von Leukämie, den er auch als das wahrscheinliche Resultat einer Mandelerkrankung betrachtet. Auch zeigen klinische und experimentelle Erfahrungen, dass zwischen Tonsillarerkrankungen und Lungentuberculose ein häufiger Zusammenhang besteht. Histologische Untersuchungen allein sind unzureichend; Lartigan fand unter 135 Fällen nur 2 mal Tuberkelbacillen, während von 75 Inoculationsversuchen 12 ein positives Resultat ergaben.

LEFFERTS.

52) **E. Fletcher Ingals. Die Beziehung von Tonsillitis zum Rheumatismus. (The relation of tonsillitis to rheumatism.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. fasst den Rheumatismus als eine abgeschwächte septische haematogene Infection auf, wobei häufig die Tonsillen die Rolle der inficirten Wunde übernehmen, von der aus die Allgemeininfection ihren Ausgang nimmt. Dass acutem Muskelrheumatismus fast stets eine Angina vorausgeht, kann Verf. aus seinen Krankengeschichten nicht bestätigen; nur in 2 pCt. der Fälle folgte der Angina Muskelrheumatismus. In 6 pCt. der Fälle wurde über Muskelschmerzen geklagt, die aber nur auf das die Mandelentzündung begleitende Fieber zurückzuführen waren.

EMIL MAYER.

53) **G. Ghedini. Primäre Infection der Tonsillen, Gaumen, Testikel und Gelenke bei Tuberculose. (Primary infections of the tonsils, palate, testicle and articulations in tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 19. October 1907.*

Verf. hat Tuberkelbacillen direct in verschiedene Gewebe eingespritzt, um den Weg der Infection zu verfolgen. Bei primärer Tuberculose der Tonsillen und anderer Theile der Mundhöhle breitet sich die Infection auf Gefässe, cervicale Lymphdrüsen, mediastinale und bronchiale Drüsen, Spitze und Centrum der Lunge aus. In den meisten Fällen bleibt die Infection darauf beschränkt, bisweilen entsteht auch eine allgemeine Miliartuberculose. Im allgemeinen folgt der Process den Lymphgefässen; in einigen Fällen breiten die Keime sich dagegen auf dem Wege der Blutgefässe aus.

LEFFERTS.

54) **S. Citelli** (Catania). **Ulcerirendes Carcinom der Tonsille, das von der Mundhöhle aus operirt wurde und 2 Jahre nach der Operation noch keine Zeichen einer Reproduction zeigte.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 162.*

Krankengeschichte des Falles und histologischer Untersuchungsbefund des mittels der galvanokaustischen Schlinge und einer schneidenden Pincette entfernten Tumors.

F. KLEMPERER.

55) **Heryng. Die Tuberculose der Gaumentonsillen und des Rachens. (Gruzlica migdalków podmebiennych i gardzieli.)** *Gazeta Lekarska. 1907.*

Verf. behauptet, dass die primäre Tonsillentuberculose zur seltenen Erscheinung gehört, dagegen kommen tuberculöse Erkrankungen der Tonsillen nicht selten vor bei bestehender Tuberculose in anderen Organen. Verf. beschreibt näher die anatomopathologischen und mikroskopischen Bilder derartiger Processe

bei sogen. larvirter Tonsillentuberculose und ist in diesen Fällen für totale Entfernung der erkrankten Organe.

Was die Pharynxtuberculose anbelangt, unterscheidet Verf. auf Grund eigener sehr reichlicher Casuistik 2 Arten diesbezüglichen Leidens und zwar acute miliar- und chronische infiltrative Form. Die Pharynxtuberculose wird öfter bei Männern, und zwar jungen Individuen, getroffen. Tuberculöse Pharynxtumoren beobachtete Verf. in 3 Fällen. Der erste von $^1/_2$ cm Durchmesser sass an der hinteren Pharynxwand unterhalb der Uvula, der zweite ebenfalls daselbst, der dritte oberhalb des Kehlkopfeinganges. In allen Fällen wurden die Tumoren chirurgisch entfernt und die Wunden vernarbten gänzlich. Im allgemeinen genommen, gehört der günstige Ausgang, sogar bei Miliarform, nicht zur Seltenheit. In therapeutischer Hinsicht räth Verf. neben allgemeiner Therapie zu chirurgischen Eingriffen, Pinselungen Phenosalyl, Kali hypermanganicum, Acid. lacticum u. s. w.).

A. v. SOKOLOWSKI.

56. **Orleanski. Zur Frage der Blut- und Lymphgefässe der Tonsillen im Zusammenhange mit der Frage von den Blutungen nach Tonsillotomie. (K woprosu o limfat. i krowenich sosudach mind. w swjasi s woprosom o krowotetschenijich poslo udolenia mindolin.)** *Jeshemesjataschnik. No. 5. 1907.*

Der Vortrag wurde auf dem X. Pirogow-Congress gehalten und wurde auch im Sitzungsberichte kurz referirt.

P. HELLAT.

57) **Ed. Henking** (Petersburg). **Ueber Ursache und Behandlung bedrohlicher Blutungen nach Abtragung der Gaumenmandeln.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 64.*

In 6 Fällen von schwerer Hämorrhagie nach Tonsillotomie constatirte H. eine Verletzung der Gaumenbögen, und zwar war es in allen Fällen der hintere Gaumenbogen, welcher an seinem oberen Theile verletzt war. H. glaubt, dass eine derartige Nebenverletzung leichter bei der Ausführung der Tonsillotomie mittels der Guillotine, als bei der Benutzung eines Messers oder der Scheere zu Stande kommen kann.

Zur Verhütung stärkerer Blutungen empfiehlt Verf., den Pat. nach der Operation mehrere Stunden in sitzender, nicht liegender Stellung zu belassen; zweitens soll, damit eine nachträglich sich einstellende Blutung sofort entdeckt wird, der Patient angewiesen werden, die im Munde sich ansammelnde Flüssigkeit, auch wenn sie nur aus Speichel bestehen sollte, nicht hinunterzuschlucken, sondern bei leicht vorgebeugtem Kopfe zum Munde hinauslaufen zu lassen.

Für die Behandlung bereits eingetretener Blutung empfiehlt H. als einfachstes und wirksamstes Mittel die Digitalcompression der blutenden Stelle. Der mit Verbandmarly umwickelte Finger bleibt einige Minuten, wenn es nöthig ist, 1 Stunde und weit länger liegen.

F. KLEMPERER.

58) **Thomas Chew Worthington. Eine einfache Methode der Excision der Gaumentonsille. (A simple method of excision of the faucial tonsil.)** *Journal of the American Medical Association. 25. Mai 1907.*

Verf. giebt an der Hand der Abbildungen eine sehr detaillirte Schilderung

der Methode, die im wesentlichen darin besteht, dass unter Cocain-Adrenalinanaesthesie die Tonsille mit einer Zange nach vorn gezogen und mit dem Seiler-schen Messer ihre Verbindungen in der Fossa supratonsillaris gelöst, die Triangularfalte gespalten und die Tonsille abgeschnitten wird. EMIL MAYER.

59) **John S. Mc. Coy. Die Gefahren der Tonsillotomie und Adenoidoperationen. (The dangers of the operations of tonsillotomy and that for removal of adenoid growths.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1907.*

Verf. erwähnt folgende Gefahren: Ein von ungeübter Hand zugefügter unnöthiger Grad von Traumatismus; Blutung; Sepsis und die Gefahr der Narkose, denn kein Anaestheticum zu geben, findet er „brutal". Am sichersten sei Aether; man operire am besten am sitzenden Patienten. LEFFERTS.

60) **Edwin Pynchon. Tonsillectomie mittelst elektrokaustischer Dissection. (Tonsillectomy by electro-cautery dissection.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Verf. rühmt der Operation nach, dass sie nicht nur den Patienten vor künftigen Attacken von acuter Tonsillitis bewahrt, prophylactisch gegen Tuberculose wirke, sondern auch alle möglichen günstigen Einflüsse auf das Allgemeinbefinden habe, z. B. auf Appetit und Verdauung, die Neigung zu Rheumatismus herabmindere u. s. w. u. s. w. EMIL MAYER.

61) **S. v. Stein. Neues Drahttonsillotom. (Nowi prowolotschnitonsillotom.)** *Jeshemesjatschnik. No. 4. 1907.*

Eine Modification des Mygind-Henrici'schen Tonsillotoms.

P. HELLAT.

62) **C. Reuter** (Ems). **Ueber behaarte Rachenpolypen und ihre Genese.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 223.*

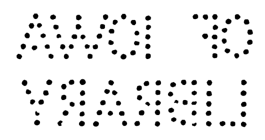
Auf Grund einer Zusammenstellung von 19 Fällen aus der Literatur und einem eigenen Fall bespricht Verf. die Erscheinungen und die Herkunft dieser Polypen. F. KLEMPERER.

63) **Weil** (Wien). **Ein Fall von Lymphangioma cavernosum der hinteren Rachenwand.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. Bd. 62. 1907.*

Bei einem 12 jährigen Mädchen mit nächtlichen Blutungen aus dem Munde und Schluckbeschwerden fand sich eine Geschwulst der hinteren Rachenwand, die sich nach der Exstirpation als Lymphangioma cavernosum herausstellte. Im weiteren Verlaufe stellte sich ein Recidiv ein, neuerliche Exstirpation half nur vorübergehend. Später traten wieder Blutungen auf und es entwickelte sich wieder ein Tumor, der von Zeit zu Zeit zu Entzündungen Veranlassung gab. SEIFERT.

64) **Walter F. Chappell. Grosser Tumor des Laryngo-Pharynx durch Pharyngotomia subhyoidea entfernt. (Large tumor of the laryngopharynx removed by subhyoid pharyngotomy.)** *N. Y. Medical Record. 13. Juli 1907.*

Der Tumor hatte ein glattes unregelmässiges Aussehen, wog 20 Gramm. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass er aus fibrösem Gewebe mit Rundzellen bestand. LEFFERTS.





65) **Sota y Lastra. Epitheliom der Mundhöhle und des Rachens. (Epithelioma de la boca y garganta.)** *Revista de medicina y cirurgia practicas. 21. October 1905.*

Der Tumor hatte die ganze seitliche Pharynxwand bis zur Zungenbasis ergriffen. Man exstirpirte die submaxillaren Lymphdrüsen, die linke Hälfte des Unterkiefers, dann den Tumor mit der Hälfte des Gaumensegels. Heilung. Kein Recidiv nach einem Jahr.

TAPIA.

66) **Otto J. Freer. Lymphosarkom des Pharynx. (Lymphosarcoma of the pharynx.)** *The Laryngoscope. Januar 1907.*

Da der Tumor inoperabel war, so wurden als Palliativmittel Adrenalininjectionen gebraucht. Verf. fasst den Tumor auf als hervorgegangen aus dem lymphatischen Gewebe des Rachens.

EMIL MAYER.

67) **M. Durand** (Lyon). **Der Ausschluss der Luftwege bei der Abtragung der Carcinome des Pharynx und der Mundhöhle. (L'exclusion des voies respiratoires dans l'ablation des cancers du pharynx et de la bouche.)** *Lyon médical. No. 39. 29. September 1907.*

Die Statistik dieser Operationen wird sehr durch das häufige Eindringen von Blut in die Luftwege verschlechtert.

An Stelle aller anderen angewandten Mittel bevorzugt Verf. stets die Tamponade des Larynx nach der Tracheotomie. Letztere wird 8 Tage vor der Hauptoperation gemacht und zwar vorzugsweise die Intercricothyreoidea.

GONTIER DE LA ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

68) **E. Norton. Der prophylactische Gebrauch von Antitoxin bei epidemischer Diphtherie. (The prophylactic use of antitoxin in epidemic diphtheria.)** *Lancet. 13. Juli 1907.*

Am 12. Januar fanden sich in Percy House Union Schools, die von ungefähr 300 Kindern besucht werden, 20 Fälle von Diphtherie; am 10. Februar war die Zahl auf 66 gestiegen. Es wurden von allen Kindern Ausstrichpräparate aus dem Pharynx gemacht und untersucht. In 16 verdächtigen Fällen wurden 1000 I.-E. injicirt, bei allen übrigen Kindern 500 I.-E. Es traten nur noch drei Fälle von Diphtherie auf. Nach 4 Wochen wurde die ganze Schule nochmals mit Antitoxin injicirt. Es wurden danach nur noch 3 Fälle berichtet.

ADOLF BRONNER.

69) **John Whyte. Diphtherie und deren Serumbehandlung. (Diphtheria and its serum treatment.)** *Missouri Cyclopedia of Practical Medicine. October 1907.*

Verf. betrachtet den Nutzen des Serums als nicht erwiesen.

EMIL MAYER.

70) **J. Spencer Purdy. Maligne Diphtherie und die immunisirende Eigenschaft des Antitoxin. (Malignant diphtheria and the immunizing power of antitoxin.)** *Journal of the American Medical Association. 29. Juni 1907.*

Pat., der sehr schwer erkrankt war, wurde von den drei anderen Kindern

und den Eltern auf das Gesicht geküsst. Es starb am 13. April, nachdem es 60000 I.-E. von Diphtherieantitoxin erhalten hatte. Die übrige Familie erkrankte am 13. und 14. April, nachdem am 11. April 3 von den 5 Personen prophylactisch 500 I.-E. erhalten hatten. Am 17. April erkrankte die Wärterin, die 5 Tage vorher 1500 I.-E. erhalten hatte, an einer verdächtigen Angina. Bei allen Patienten verlief die Diphtherie mit Ausnahme des Vaters, der ständig mit dem verstorbenen Kinde in Berührung gewesen war, günstig. Verf. erörtert die Frage, ob es sich hier um eine besonders schwere Infection gehandelt habe oder ob 500 I.-E. unzureichend für die Immunisation waren.

EMIL MAYER.

71) **A. R. Ward** und **M. Henderson. Diphtheriecontrole in den öffentlichen Schulen. (Control of diphtheria in the public schools.)** *California State Journal of Medicine. August 1907.*

Verf. legen die Erfahrungen dar, die sie bei einer Diphtherieepidemie in Berkely (Californien) gesammelt haben. Hervorzuheben ist darüber Folgendes: Die Versuche, alle inficirten Kinder zu isoliren, hatten auf den Verlauf der Epidemie keinen Einfluss, so lange man sich auf das Anlegen von Halskulturen allein beschränkte; wurden dagegen Kulturen aus Hals und Nase genommen und alle Kinder, bei denen diese positiv ausfielen, in Quarantäne gebracht, so hörte die Epidemie auf. In Zeiten von Diphtheriegefahr sollte jeder Fall von schlimmem Hals als verdächtig angesehen werden, so lange nicht die bakteriologische Untersuchung das Gegentheil ergiebt. Es ist so häufig, dass man erst eine negative und dann eine positive Kultur erhält, dass man mindestens zwei negative für die Aufhebung der Quarantäne fordern muss. Kein Fall soll allein auf die klinischen Symptome hin entlassen werden.

EMIL MAYER.

72) **T. Fisher. Einige Complicationen der Diphtherie. (Some complications of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 26. October 1907.*

Verf. bespricht die Leberhypertrophie, die gewöhnlich mit Herzschwäche einhergeht und von der Ueberfüllung der Lebercapillaren mit Blut herrührt. Tritt Heilung der Diphtherie ein, so kehrt die Leber gewöhnlich zu ihrer normalen Grösse zurück. Eine andere Complication ist eine Erkrankung der Arterien; man findet in der Aorta und an der Mitralis gelbe Flecken, in den kleineren Arterien, besonders den Hirnarterien, Knötchen von verschiedener Grösse. Auch interlobuläres Emphysem kommt vor, das in Pneumothorax ausgehen kann.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

73) **M. Bukofzer. Ueber die Beziehungen des Ansatzrohres zur Höhe des gesungenen Tones.** *Die Stimme. Bd. 1. H. 2. S. 34. November 1906.*

In der Hauptsache populär gehaltene Wiedergabe einer im Arch. f. Ohrenhk. Bd. LXI erschienenen Arbeit des Inhalts, dass bei Verschluss der Nase oder einer Nasenseite während der Tonbildung die Tonhöhe sinkt.

J. KATZENSTEIN.

74) **H. Gutzmann. Stimmeinsatz und Stimmansatz.** *Die Stimme. Bd. 1. H. 1. S. 4. October 1906.*

Unter Stimmeinsatz will Verf. alle die Vorgänge verstanden wissen, welche an den Stimmlippen selbst beim Beginn der Stimmbildung beobachtet werden; unter Stimmansatz dagegen die Lage der Theile im Ansatzrohre im Verhältnis zum stimmerzeugenden Instrument.

J. KATZENSTEIN.

75) **M. Bukofzer. Tonansatz.** *Die Stimme. Bd. 1. H. 4. S. 97. Januar 1907.*

Nach B. ist Tonansatz ein Vorgang an der Glottis und zwar bedeutet das Wort den Verschluss und die Oeffnung derselben oder das Offenstehenlassen unmittelbar vor und im Momente der Tonerzeugung. (Im wissenschaftlichen Interesse und im Interesse einer einheitlichen Nomenclatur ist es nothwendig, einen der beiden Ausdrücke Toneinsatz oder Tonansatz für die Vorgänge an der Glottis bei der Tonerzeugung fallen zu lassen; der zu erhaltende Ausdruck kann nur „Toneinsatz" sein. Ref.)

J. KATZENSTEIN.

76) **P. v. Grützner. Ueber die Genauigkeit der menschlichen Stimme.** *Die Stimme. 1. Jahrg. H. 6. S. 161. März 1907.*

Nach einer Wiedergabe der von Klünder mittelst des Hansen'schen Sprachzeichners angestellten Versuche giebt Verf. eine Schilderung des von ihm construirten, dem Lissajour'schen ähnlichen Instrumentes, mittelst dessen man für sich und andere die minutiösesten Schwankungen der Stimme demonstriren kann.

J. KATZENSTEIN.

77) **F. Krueger. Beziehungen der experimentellen Phonetik zur Physiologie.** *Separatabdruck aus dem Bericht über den II. Congress für experim. Physiologie in Würzburg 1906. Leipzig, Joh. Ambr. Barth.*

Verf. bespricht die Methode der experimentellen Phonetik, und zwar zunächst die physiologisch-genetischen oder articulatorischen, dazu rechnet er die Athmungsbewegungen, die Gesammtbewegungen des Kehlkopfes, die sichtbaren Sprechbewegungen des Antlitzes, die Spannungs- und Bewegungszustände des Kehlkopfes, vornehmlich der Stimmbänder, die Bewegungen und Einstellungen der Sprechorgane im Inneren des Ansatzrohres. In einem zweiten Abschnitte behandelt Verf. die acustischen Methoden; er bespricht dabei den Zusammenhang der articulatorischen mit der acustischen Analyse der sprechlichen Erscheinungen, die unmittelbare acustische Beobachtung, die verschiedenen Wege, die zur Unterstützung und Controle des direct zu beobachtenden Ohres eingeschlagen werden, die künstliche Synthese von Sprachlauten, die direct optischen Methoden, die graphischen Methoden (Phonautographie oder Sprechzeichnung). In dem Schlusscapitel werden die Klangfarben, die Klangstärken, die zeitlichen Eigenschaften, die Tonhöhenbewegung der Sprechstimme behandelt.

J. KATZENSTEIN.

78) **Ernst Barth** (Frankfurt a. O.). **Fortsetzung der Untersuchungen über den Tonansatz.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 202.*

B. prüft im Anschluss an Untersuchungen von Eijkmann die Stellung des

Kehlkopfes beim Tonansatz mittelst Röntgenphotographie und er findet die früher von ihm entwickelte Lehre bestätigt, dass bei guter Schulung der Stimme mit ansteigender Tonhöhe der Kehlkopf nicht ansteigt, sondern tiefer tritt.

F. KLEMPERER.

79) **P. Hellat** (Petersburg). **Bemerkungen zu dem Aufsatze des Dr. E. Barth: „Zur Lehre vom Tonansatz auf Grund physiologischer und anatomischer Untersuchungen."**

80) **E. Barth** (Frankfurt a. O.). **Erwiderung.**

81) **P. Hellat. Schlusswort.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 175—177.*

Nach Hellat fällt der Kehlkopf beim Toneinsatz oder richtiger vor dem Toneinsatz um 1—2 cm und verharrt dann in dieser Lage; die Schwankungen, die der Kehlkopf nach Barth in der tiefen Lage ausführt, hält H. für secundäre und unwesentliche.

Barth weist in seiner Erwiderung auf einen Fall hin, bei dem der Kehlkopf beim höchsten Ton um **3 cm** tiefer stand als beim tiefsten, beim höchsten dicht über dem Jugulum, beim tiefsten unmittelbar unter dem Zungenbein; hier könne unmöglich von „nebensächlichen secundären Schwankungen bei unverändert tiefem Kehlkopfstande" die Rede sein.

F. KLEMPERER.

82) **M. Bukofzer** (Königsberg i. Pr.). **Was ist Tonansatz?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 501.*

Die inhaltsreiche Arbeit, die den Untertitel trägt: „Terminologisches und Anderes"; zugleich eine Ergänzung meiner Arbeit: „Zur Hygiene des Tonansatzes etc." (Arch. f. Laryngol., Bd. 15., Sep.-Abdruck., Berlin, Hirschwald 1904), lässt sich im Referate nicht wiedergeben; dem Gesangsarzt und -Lehrer wird ihr Studium unerlässlich sein.

F. KLEMPERER.

83) **E. Barth** (Berlin). **Die Verwerthung der Röntgenstrahlen in der Stimmphysiologie.** *Medic.-pädagog. Monatsschr. f. die gesammte Sprachheilkunde. August-September 1907.*

Die Röntgenstrahlen stellen ein werthvolles Hülfsmittel für die stimmphysiologische Untersuchung dar zu wissenschaftlichen wie zu therapeutischen Zwecken. Ueber die Methode muss im Original nachgelesen werden (s. auch Arch. f. Laryngologie, Bd. XIX).

SEIFERT.

84) **A. Meyer** (Upsala). **Röntgenographische Lautbilder.** *Medic.-pädag. Monatsschrift f. d. gesammte Sprachheilkunde. XVII. August-September 1907.*

Die von Meyer (unabhängig von Grunmach und E. Barth) benutzte Methode zur Herstellung röntgenographischer Lautbilder kann zweifellos für die Wissenschaft von grossem Nutzen sein.

SEIFERT.

85) **L. Harmer** (Wien). **Zur Kenntniss der entzündlichen Kehlkopfgeschwülste.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 275.*

Glatter, gelbgrauer Tumor von über Haselnussgrösse, ausgehend mit breitem Stiel vom rechten Aryknorpel, welcher nach dem genau beschriebenen Ergebniss

der histologischen Untersuchung als Product einfacher Entzündung angesehen werden muss.

F. KLEMPERER.

86) **Ahrent** (Frankfurt a. M.). **Ein seltener Fall von ödematösem Fibrom des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 147.*

Der etwa wallnussgrosse Tumor, der fast das ganze Lumen des Kehlkopfes ausfüllte, ging von der Hinterwand aus. Bemerkenswerth ist ferner, dass der Patient niemals über Athemnoth zu klagen hatte.

F. KLEMPERER.

87) **F. Massei. Die Behandlung der Kehlkopfpapillome der Kinder. (La cura dei papillomi laringei nei bambini.)** *Bollett. Malattie dell'orecchio etc. October 1907.*

Verf. wendet sich gegen die Vertheidiger der Laryngofissur in diesen Fällen; auf Grund seiner grossen Erfahrung ist er ein Anhänger der Operation per vias naturales. Er giebt eine Uebersicht über die Arbeiten, in denen er diesen seinen Standpunkt festgelegt hat.

FINDER.

88) **Hartlieb. Enchondrom des Kehlkopfes. (Enchondroma of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 14. September 1907.*

Patient war ein 45jähriger Mann. Der Tumor wurde durch eine Incision von aussen aus dem Larynx unterhalb der Stimmbänder entfernt. Die Operation war erfolgreich und die mikroskopische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose.

LEFFERTS.

89) **Henry L. Swain. Bericht über einen Fall von Kehlkopfepitheliom durch Thyreotomie entfernt; kein Recidiv nach 3½ Jahren. (Report of a case of epithelioma of the larynx removed by thyreotomy and no recurrence after three and one-half years.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Vorgetragen auf dem 29. Jahrescongress der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

90) **Otto J. Stein. Fall von Kehlkopfneubildung. (Case of laryngeal neoplasm.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab Granulationsgewebe, während das klinische Bild für Carcinom spricht. Verf. erörtert die Nothwendigkeit einer Radicaloperation.

EMIL MAYER.

91) **Otto J. Stein. Die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose bei malignen Kehlkopferkrankungen. (The importance of an early diagnosis of malignancy of the larynx.)** *The Laryngoscope. April 1907.*

Man soll nicht warten, bis die „Lehrbuchsymptome" des Carcinoms zu Tage treten: denn wo Drüsenschwellung und Abmagerung bereits vorhanden sind, ist die Zeit für eine Laryngofissur verpasst. Vor der Entfernung von Gewebe zum Zweck mikroskopischer Untersuchung soll Patient auf die Möglichkeit vorbereitet werden, dass es nothwendig wird, radicale Maasnahmen zu ergreifen.

EMIL MAYER.



92) **Perez. Maligne Kehlkopfgeschwülste. Statistische Resultate der in Italien vorgenommenen Larynxexstirpationen. (Tumori maligni della laringe. Risultati statistici delle laringectomie praticate in Italia.)** *Aus den Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma. 1906.*

Wir erfahren aus der gründlichen über 200 Seiten umfassenden Arbeit, dass in Italien 104 Kehlkopfexstirpationen (totale und partielle) vorgenommen sind: die Mortalität der totalen beträgt 36,86 pCt., die der partiellen 18,75 pCt. Zahlreiche Tafeln sind der Arbeit beigegeben, in der auch die Durante'sche Methode der Kehlkopfexstirpation und Plastik ausführlich beschrieben ist. FINDER.

93) **James J. Campbell. Trypsinbehandlung eines Falles von maligner Erkrankung der linken Tonsille, Zungenbasis und Epiglottis. (Trypsin treatment of a case of malignant disease involving the left tonsil, base of tongue and epiglottis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Die linke Hälfte und die Basis der Zunge war von einer indurirten Masse eingenommen, die Epiglottis verdickt und der Sulcus glosso-epiglotticus ulcerirt. Die Submaxillardrüse der linken Seite war vergrössert, hart und adhärirend. Nach einigen Injectionen mit Trypsin ist deutliche Besserung des Allgemeinbefindens und des Localbefundes zu constatiren. EMIL MAYER.

94) **Homer Dupuy. Günstiger Einfluss von Trypsin in einem Falle von Kehlkopfepitheliom. (Favourable effect of trypsin in a case of laryngeal epithelioma.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Verf. gab abwechselnd Trypsin und Holadin, alles in Allem 55 Ampullen Trypsin und 290 Kapseln Holadin. Die Injectionen wurden subcutan abwechselnd an dem einen und dem andern Arme gemacht. Bereits 16 Tage nach der ersten Injection war die Geschwulst um die Hälfte verkleinert; 86 Tage nach Beginn der Behandlung war der Tumor nicht mehr sichtbar. Seit 2 Monaten ist kein Recidiv eingetreten. Das Allgemeinbefinden ist ausgezeichnet. EMIL MAYER.

95) **Chevalier Jackson. Laryngectomie wegen maligner Erkrankung. Bericht über einen Fall von Kehlkopfendotheliom. (Laryngectomy for malignant disease. Report of a case of laryngeal endothelioma.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juni 1907.*

Verf. berichtet über 8 Fälle ohne einen Todesfall in 30 Tagen. Er sagt, es müsse den Aerzten immer wieder die Nothwendigkeit gepredigt werden, jede Heiserkeit bei einem Menschen über 30 Jahren als verdächtig zu betrachten, damit man auf Grund einer frühzeitigen Diagnose noch die Thyreotomie machen könne. Wo dies aber nicht zutrifft, sei die Totalexstirpation im Stande, das Leben um 8 Monate bis 7 Jahre zu verlängern. EMIL MAYER.

96) **Harry Müller. Beitrag zu den Unfallverletzungen des Kehlkopfes.** *Dissert. Leipzig 1906.*

M. hat aus der Literatur 60 Fälle von Kehlkopfverletzungen zusammengesucht und zwar Erschütterungen, Quetschungen, denen er zwei eigener Beobachtung aus Kayser's Poliklinik hinzufügt, Verrenkungen, Brüche, die am

häufigsten im mittleren Lebensalter vorkommen und bespricht die Aetiologie, Symptomatologie, Verlauf, Prognose und Behandlung derselben. A. ROSENBERG.

97) **Joh. Henrichsen** (Kopenhagen). **Bemerkungen über penetrirende Halsschnittwunden im Anschluss an einen Fall von Stenosis tracheae post vulnus incisum (tentamen suicidii).)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 343.*

Verf. bespricht im Anschluss an seinen Fall eingehend die pathologische Anatomie und die Behandlung der Halsschnittverletzungen. F. KLEMPERER.

98) **Patel. Völlige Durchtrennung der Membrana thyreo-hyoidea. Naht. Heilung. (Section complète de la membrane thyreo-thyroidienne. Suture. Guérison.)** *Lyon Médical. No. 5. 1907.*

Es handelte sich um eine transsternale Durchtrennung der Halsgewebe in selbstmörderischer Absicht. Es waren 2 Eingriffe nothwendig, um die Membrana thyreo-hyoidea zu schliessen. BRINDEL.

f. Schilddrüse.

99) **Reid Hunt. Die Beziehung des Jod zur Schilddrüse. (The relation of iodine to the thyroid gland.)** *N. Y. Medical Journal. 26. October 1907.*

Verf. hat nachgewiesen, dass ein enger Parallelismus besteht zwischen der Menge des in der Schilddrüse enthaltenen Jods und ihrer physiologischen Activität. Zwei Möglichkeiten sind in Bezug auf die variirende Menge des in den Schilddrüsen enthaltenen Jods vorhanden: 1. Dass eine ein bestimmtes Maass Jod enthaltende Verbindung da ist, und dass diese Verbindung in einigen Schilddrüsen in grösseren Mengen sich findet, als in anderen; 2. dass irgendwelche in den Schilddrüsen vorhandene Substanz im Stande ist, sich mit verschiedenen Mengen von Jod zu verbinden, so wie es bei vielen Fetten der Fall ist. Oswald hat diesen Gegenstand in Bezug auf das Jodothyreoglobulin erörtert. Es spricht bisher alles für die zweite Annahme, obwohl es nicht wahrscheinlich ist, dass alles Jodothyreoglobulin gleichmässig jodirt ist. LEFFERTS.

100) **W. L. Estes** und **A. B. Cecil. Beziehung des Jod zur Parathyroidea. (Relation of iodine to the parathyroid.)** *Bulletin of the John Hopkins Hospital. September 1907.*

Verff. schliessen aus ihren Versuchen: 1. Von Jod kann, allgemein gesprochen, als Constituens der Parathyreoidea abgesehen werden. 2. Wenn überhaupt anwesend, kommt Jod in so geringen Quantitäten vor, dass es keine functionelle Bedeutung hat. EMIL MAYER.

101) **E. H. Poole. Tetanie nach Exstirpation der Parathyreoidea. (Tetany parathyreopriva.)** *Annals of Surgery. October 1907.*

Verf. berichtet über einen Fall, an den er eine kurze Erörterung und eine Darstellung der Anatomie der Nebenschilddrüsen anschliesst. EMIL MAYER.

102) **M. L. Ravitch. Die Schilddrüse als Factor bei der chronischen Urticaria. (The thyroid as a factor in urticaria chronica.)** *N. Y. Medical Record. 5. October 1907.*

Verf. meint, dass in vielen Fällen von chronischer Urticaria der Schilddrüsenextract als ein Specificum wirke. Manche toxämische Zustände, darunter die chronische Urticaria, kämen von Störungen der Schilddrüsenfunction her und in diesen Fällen wirke der Thyreoidextract als Antitoxin.

Verf. drückt sein Bedauern aus, dass die Thyreotherapie in Fällen von Hautkrankheiten nicht häufiger angewandt wird. LEFFERTS.

103) **A. Powell. Bemerkungen über einen Fall von Schilddrüsengeschwulst. (Note on a case of thyroid tumor.)** *Lancet. 17. August 1907.*

Eine 42jährige Frau hatte eine sehr grosse Schilddrüse mit Anfällen von Athemnoth. Die Geschwulst enthielt eine sehr grosse Cyste. Die Scheide der Carotis war in die hintere Kapsel eingeschlossen. Heilung. ADOLPH BRONNER.

104) **Wells. Vorkommniss bei der Entfernung einer grossen Schilddrüsengeschwulst. (Accident in removal of a large thyroid tumor.)** *N. Y. Medical Journal. 5. October 1907.*

Pat. bot eine grosse Struma mit Dyspnoe dar. Die Operation, die unter Localanästhesie vorgenommen wurde, ging gut von statten; Schwierigkeiten machte nur, dass die Trachea fest in dem Tumor eingebettet und ihm adhärent war, doch gelang es schliesslich, sie mit dem Finger loszutrennen. Es entstand eine venöse Blutung; Pat. hörte auf zu athmen und wurde dann nach übereinstimmendem Urtheil der anwesenden Aerzte für todt erklärt. Als jedoch die Gefässklemmen fortgenommen wurden, kam die Athmung wieder und Pat. erholte sich. Verf. ist der Ansicht, dass er mit einer Klemme den N. vagus ergriffen hatte.

LEFFERTS.

105) **A. Rivière. Ein grosser durch Thyreojodin reducirter Kropf. (A large goiter reduced by thyreoidine.)** *N. Y. Medical Journal. 16. März 1907.*

Bei dem 57 Jahre alten Patienten bestand seit vier Jahren ein grosser beide Lappen einnehmender Kropf. Es waren Symptome von Compression vorhanden. Versuchsweise wurde täglich 0,5 g Thyreojodine gegeben. Unter dieser Behandlung verkleinerte sich der Tumor allmählich, so dass er innerhalb 14 Tagen $^3/_4$ seines Umfanges verlor. Die Besserung war nach 2 Monaten noch zu constatiren.

LEFFERTS.

106) **A. E. Barker. Bemerkungen über die Entfernung der Thyreoidgeschwülste. (Notes on the removal of thyroid tumors.)** *N. Y. Medical Journal. 28. September 1907.*

Verf. operirt unter localer Anästhesie und zwar macht er das Operationsfeld bis in die tiefer gelegenen Schichten folgendermassen gefühllos: Nachdem eine Morphiuminjection dem Patienten $^1/_2$ Stunde oder 1 Stunde vor der Operation gemacht worden ist, wird das ganze Operationsgebiet mit einer Lösung von 0,2 β-Eucain, Natr. chlorat. 0,9, Sol. adrenalin 0,5, Aq. dest. 100,0 injicirt. Verf. macht

den Kragenschnitt nach Kocher. Selten wird ein Drain eingelegt; die Heilung erfolgt meist per primam.

LEFFERTS.

107) **Hunt. Der wahrscheinliche Nachweis von Schilddrüsensecret im Blut bei Morbus Basedow. (The probable demonstration of thyreoid secretion in the blood in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

Die Experimente H.'s zeigen, dass Mäuse, die mit kleinen Dosen von Schilddrüsensubstanz gefüttert wurden, eine ausgesprochene Resistenz gegen Acetonitrile zeigen. Weitere Untersuchungen erwiesen, dass man hierin ein sehr feines Reagens auf Schilddrüsensubstanz besitzt. Diese Thatsache scheint auch Licht auf die Frage zu werfen, ob bei Morbus Basedow ein Uebermass von Schilddrüsensecretion im Blut besteht. Bisher beruhte diese Annahme nur auf den klinischen Erfahrungen.

LEFFERTS.

108) **William J. Chenhall** (Sydney). **Morbus Basedow. (Exophthalmic goitre.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Juni 1906.*

In dem vorliegenden sehr ausgesprochenen Fall der Erkrankung wurde ein günstiges Resultat durch Anwendung von Belladonna erzielt, das in steigenden und dann wieder fallenden Dosen verabreicht wurde.

A. J. BRADY.

g. Oesophagus.

109) **H. Forssner. Die angeborenen Darm- und Oesophagusatresien.** *Anat. Hefte. Bd. 34. H. 1. S. 3.*

Reichlich zwei Drittel aller Oesophagusatresien sind mit Trachealfistel verbunden. Nur in einer geringen Anzahl von Fällen trifft die Missbildung nur den Oesophagus und ist von demselben anatomischen Bau wie die Darmatresien.

J. KATZENSTEIN.

110) **Wunsch** (Berlin). **Ueber einen angeborenen Bildungsfehler der Speiseröhre (wahrscheinlich angeborener Verschluss derselben).** *Med. Klinik. 14. 1907.*

Ein neugeborenes Kind, das zwar saugen und schlucken kann, bricht unmittelbar nach dem Schlucken die Milch wieder aus und geht an Entkräftung am 5. Lebenstage zu Grunde. Section verweigert. Die Sonde stösst 15 cm (von den Lippen an gerechnet) auf ein unüberwindliches Hinderniss, höchst wahrscheinlich angeborener Verschluss der Speiseröhre.

SEIFERT.

111) **W. Ayres. Fall von prolongirter Retention von Nahrung in einem Speiseröhrendivertikel. (A case of prolonged retention of food in an oesophageal pouch.)** *Lancet. 6. Juli 1907.*

Bei einer 38jährigen Frau, die an Phthise litt, expectorirte Theile einer Speise, die sie nachweislich vor 6 Wochen gegessen hatte.

ADOLPH BRONNER.

112) **W. Lerche. Diffuse Dilatation des Oesophagus ohne anatomische Stenose. (Diffuse dilatation of the oesophagus without anatomical stenosis.)** *N. Y. Medical Journal. 19. October 1907.*

Verf. meint, man solle diejenigen Fälle unterscheiden, in denen die Atonie primär ist und der Dilatation und dem Spasmus vorausgehe und diejenigen, wo

der Cardiospasmus das Primäre ist. Richtig ist, dass normaliter die Cardia sich leicht für die aus dem Oesophagus kommenden Speisen und Getränke öffnet, jedoch nur mit Schwierigkeit in umgekehrter Richtung. Wächst der Widerstand der Cardia, so bleibt ein Theil der heruntergeschluckten Flüssigkeit in der Speiseröhre und secundäre Veränderungen der Oesophaguswand steigern die Umstände, durch die die Dilatation hervorgebracht wurde.

LEFFERTS.

113) **Nove-Josserand** und **A. Sargnon. Doppelte impermeable Narbenstenose des Brusttheils des Oesophagus. (Double stenose cicatricielle infranchissable de l'oesophage thoracique.)** *Lyon médical. 6. October 1907.*

Es handelt sich um ein Kind, bei dem nach Ingestion einer ätzenden Flüssigkeit im Jahre 1901 eine Narbenstenose sich entwickelte, so dass man nach sechs Monaten zur Gastrostomie schreiten musste. Im Jahre 1907 kam Pat. wieder ins Krankenhaus; er ernährte sich weiter durch die Magenfistel, die Speiseröhre blieb jedoch impermeabel. Verff. unternahmen nun unter Lokalanästhesie eine Reihe von Untersuchungen und Maassnahmen auf ösophagoskopischem Wege. Sie stellten fest, dass in Höhe ungefähr der Clavicula eine erste Verengung in Form eines Diaphragma vorhanden war. Mittels der Untersuchung mit dem Sargnon'schen Tracheoskop fanden sie dann eine zweite Verengung ungefähr 10 cm von der ersten entfernt. Es wurde in allgemeiner Narkose unter Leitung des Oesophagoskops eine Oesophapotomia interna in Höhe der ersten Stenose gemacht und die Oeffnung successive mit dem Sargnon'schen Bougie und schliesslich Nélatonbougies, die in das stärkste ösophagoskopische Rohr gesteckt waren, erweitert. So gelangte man im Lauf von 3 Monaten bis zum Niveau der zweiten Verengung. Jetzt konnte Pat. einen Faden hinunterschlucken, dessen Enden geknotet waren; dies wurde von da ab zur retrograden Dilatation benutzt, indem man zuerst Knoten von wachsender Dicke machte, dann einen Drain daran fixirte. Heute macht Pat. die retrograde Dilatation selbst und ist auf dem Wege der Besserung.

Der Fall zeigt, was man heute mittels der ösophagoskopischen Methoden, die zuerst mit von Sargnon in Frankreich eingeführt wurden, erreichen kann.

GONTIER de la ROCHE.

114) **Tuchendler. Ein Fall von einem in den Oesophagus eingeklemmten Fremdkörper. (Przypadek polkniecia szczeki sztucznej.)** *Pam. Tow. Lek. 1907.*

Es handelt sich in diesem Falle um ein künstliches Gebiss mit 3 Zähnen, welches von einem 18jährigen jungen Mann verschluckt und derart im Oesophagus eingeklemmt war, dass sogar eine dicke Sonde leicht passiren konnte. Erst mittelst der Oesophagoskopie wurde der genannte Fremdkörper richtig erkannt und Oesophagotomie vorgeschlagen. Vor deren Ausführung glitt jedoch der Fremdkörper von selbst in den Magen und wurde später per vias naturales entfernt

A. v. SOKOLOWSKI.



V. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Lambert Lack (London). **Die Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen. (The diseases of the nose and its accessory sinuses.)** (Longmans Gram and Co.

Das Buch ist in 24 Kapitel eingetheilt; eine allgemeine Idee von Zweck und Wesen des Werkes wird durch die Angabe von deren Titeln gegeben werden: 1. Anatomie. 2. Untersuchung. 3. Allgemeine Betrachtungen über Behandlung, 4. Nasenverstopfung; ihre Symptome und Wirkungen. 5. Allgemeine Betrachtungen über Symptome nasaler Erkrankungen. 6. Fremdkörper; Rhinolithen. 7. Erkrankungen des Septum. 8. Acute Endzündungen der Nase. 9. Chronische Entzündungen. 10. Atrophische Rhinitis oder Ozaena. 11. Nasenpolypen. 12. Chonische Infectionskrankheiten. 13. Tumoren der Nase und der Nebenhöhlen. 14. Nasale Neurosen. 15. Eiterungen in den Nebenhöhlen der Nase. 16. Acute Nebenhöhleneiterung. 17. Die Symptome der chronischen Nebenhöhleneiterungen. 18. Die Diagnose der chronischen Nebenhöhleneiterungen. 19. Die Behandlung der Nebenhöhleneiterungen. 20. Behandlung der chronischen Siebbeineiterung. 21. Behandlung der chronischen Stirnhöhleneiterung. 22. Behandlung der Keilbeinhöhleneiterung. 23. Mucocelen der Nebenhöhlen. 24. Affectionen des Nasenrachenraums.

Von vornherein ist zu sagen, dass das Werk originell und interessant ist. Die Ansichten Anderer sind ausführlich wiedergegeben und wo Verf. über gewisse Dinge eigene Anschauungen hat, sind diese, gleichgültig ob wir ihnen zustimmen oder nicht, gut durchdacht und logisch wiedergegeben. So wird man seine Beobachtungen über die Wirkungen der Nasenverstopfung auf die Kiefer (S. 61 und folgende) sehr interessant finden. Kurz gesagt, scheint er die Veränderungen der Kiefer auf eine Compression von der Seite her zurückzuführen, die er als Resultat des bei geöffnetem Munde von den Weichtheilen der Wange ausgeübten gesteigerten Zugs betrachtet. Bei Ozaena räth Verf. zu Tamponade mit Cyanidgaze, die verschieden lange Zeit hindurch Tag und Nacht fortgesetzt werden muss. Seine Bemerkungen über den Gegenstand sind etwas vager Natur, doch scheint es fast, als ob er sich eine permanente Heilung von dieser Methode verspreche; und doch sagt er zum Schluss, dass natürlich das Ausspritzen noch regelmässig fortgesetzt werden müsse. Das ist ein Punkt von Bedeutung, denn wir besitzen zahlreiche Mittel, zu einem Resultat zu gelangen, wenn durch regelmässiges Ausspritzen der Foetor fortgehalten wird. Bei der Behandlung multipler Nasenpolypen mit ausgedehnter Knochenerkrankung räth Verf. zum Gebrauch der Meyer'schen Curette — ein Verfahren, das mancher für gefährlich halten dürfte.

In Kapitel XV wirft Verf. die sehr interessante Frage auf, wie wir die so viel grössere Häufigkeit der post mortem gefundenen entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen mit unseren klinischen Erfahrungen in Einklang bringen können. Der Raum verbietet uns, ihm in der sehr interessanten Erörterung dieses Themas hier zu folgen. Doch sei es gestattet, folgenden Satz zu citiren: „Das Vorhandensein von Flüssigkeit braucht nur einen geringfügigen Catarrh zu bedeuten, der mit der Genesung des Patienten völlig hätte verschwinden können oder es kann

allein einen Verlust der Ciliarthätigkeit bedeuten“. In demselben Kapitel sagt Verf., dass seiner Ansicht nach die Ciliarthätigkeit im Allgemeinen das Antrum davor schützt, dass aus anderen Höhlen kommender Eiter in dasselbe eindringt. Kapitel XIX lohnt ein sorgfältiges Studium. Referent freut sich, zu finden, dass Verf. als Behandlungsmethode bei Antrumempyem die Eröffnung vom Alveolarfortsatz aus zu begünstigen scheint — ein werthvolles Verfahren, das in Gefahr ist, durch neuere Methoden in den Hintergrund gedrängt zu werden. Bei Siebbeinerkrankung räth L., wenn sie ausgedehnt ist, zur Curettage unter allgemeiner Narkose. Kapitel XXI. enthält einen recht ausführlichen Ueberblick über die modernen Behandlungsmethoden bei Stirnhöhleneiterung. Wir können nicht umhin, zu glauben, dass Kap. XXIII u. XXIV vortheilhafter Weise hätten ausgedehnt werden können und dass der Titel der letzteren besser anders gelautet hätte. So können wir unter keinen Umständen eine Vergrösserung der mittleren Muschel infolge Bestehens einer grossen mit Luft gefüllten Höhle als Mucocele ansehen; und doch findet, falls wir recht verstehen, dieser Zustand seine einzige Erwähnung unter der Bezeichnung „Mucocele“. Ferner stellt eine Seite gewiss nicht den genügenden Raum das für die Behandlung der Nasenrachenaffectionen ausser den adenoiden Vegetationen. Sollte eine Neuauflage erforderlich werden, so müssten diese Kapitel erweitert oder neue hinzugefügt werden, um das Werk für Specialisten oder selbst für den Practiker nützlich zu machen.

Einer Revision bedürfen auch die Literaturangaben. „Um die Nützlichkeit des Buches zu vermehren, habe ich an das Ende jedes Kapitels eine kurze Bibliographie gefügt, die Angaben über die wichtigsten neueren Beiträge zu dem behandelten Thema enthalten. Es ist durchaus danach gestrebt worden, diese Liste so kurz wie möglich zu gestalten und in ihr nur das aufzunehmen, was der Student, der weitere Kenntniss oder mehr Einzelheiten über einen speciellen Punkt sucht, mit Vortheil zu Rathe ziehen kann“, sagt Verf. in der Vorrede. Es will uns nicht erscheinen, als ob dieses Ziel immer ganz erreicht ist. So vermissen wir bei den malignen Erkrankungen den Namen Moure's, dessen Operation als werthvolle Methode anerkannt ist, um zu den Tumoren der Siebbeinregion Zugang zu bekommen. Ferner sollte man erwarten bei den nasalen Reflexneurosen die Namen Fliess und Kuttner zu finden. Am Schluss des Abschnitts über Heufieber müssten wir eigentlich erwarten, einen Hinweis auf Dunbar's Werk zu finden, ob der Verf. nun damit übereinstimmt oder nicht u. s. w. Ferner wird uns in der Vorrede grösste Genauigkeit in den Literaturangaben zugesagt. In einigen Fällen ist diese Genauigkeit jedoch nicht erreicht worden. So wird bei der Kupferelectrolyse behauptet, dass „Mc. Bride 5 Heilungen in 6 Fällen berichtet“. Thatsächlich hat sich Ref. sorgfältig vor dem Ausdruck „Heilung“ gehütet und festgestellt, dass nur Fälle auf lange, bis zu 18 Monaten reichende Zeit hinaus im practischen Sinne als geheilt zu betrachten sind. Ferner sind auf S. 341 sieben Zeilen der Kuhnt'schen Stirnhöhlenoperation gewidmet und fast drei davon enthalten die Behauptung, dass „er dann den nasalen Theil des Bodens entfernt, indem er das Infundibulum und die vorderen Siebbeinzellen curettirt, um so eine freie Communication nach der Nase zu schaffen“. Wie kann Lack diese Angabe in Fühlung bringen mit folgenden, dem Kuhnt'schen Buch

S. 211) entnommenen Sätzen?: „Eine völlige Ausschabung zumal in der unteren Hälfte strebe ich hier absichtlich nicht an, weil die Drainirung der Wundhöhle meiner Meinung nach besser nach aussen zu geschehen hat, als nach der von Mikroorganismen aller Art förmlich wimmelnden Nasenhöhle“ und weiter S. 214: „Eine breite Communication der grossen Wundhöhle mit der Nase schien mir durchaus nicht erwünscht, weil die letztere, wie bekannt, nicht mikroorganismenfrei zu halten und demgemäss eine Infection der Wundhöhle nicht auszuschliessen gewesen wäre“.

Ich möchte meine Kritik mit einem Blick auf den allgemeinen Inhalt des Buches schliessen. In einer künftigen Ausgabe sind ausser den bereits hervorgehobenen noch einige Umänderungen wünschenswerth. So finden wir unter der Ueberschrift: „Allgemeine Betrachtungen über einige Fragen betreffend Nasenerkrankungen“ in Kapitel V Rhinitis caseosa, Ansaugen der Nasenflügel, Epistaxis, Anosurie, Parosurie und Hyperosurie erörtert, so dass die Ueberschrift wohl kaum passt. Bei dieser Gelegenheit möchten wir bemerken, dass Verf. gleich vielen anderen Autoren bei Nasenbluten räth, den Patienten niederzulegen; Ref. bevorzugt stets, so weit es möglich ist, die aufrechte Haltung, da sie zweifellos berechtigter ist und einer Congestion zum Kopf Vorbeuge leistet. Kapitel VII, das von den Erkrankungen des Septum handelt, ist ausgezeichnet und wenn auch die submucöse Resection beschrieben ist, so betrachtet Verf. sie doch keineswegs als einzige Methode zur Behandlung von Verbiegungen. Die meisten der angewandten Methoden sind nicht nur sorgfältig beschrieben, sondern auch kritisch beleuchtet. Auf S. 309 wird gesagt, die Durchleuchtung der Stirnhöhle habe keinen practischen Werth. Thatsächlich hat sie nach den Erfahrungen des Ref. keinen Werth für die Diagnose, jedoch für die Bestimmung des Vorhandenseins und der Grösse des Sinus, eine Thatsache, die übrigens — falls wir nicht missverstehen — auch von Kuhnt hervorgehoben wird.

Im Ganzen müssen wir wiederholen, dass das Buch gut und originell ist. Der Verf. hat augenscheinlich eine grosse Literaturkenntniss, wenngleich wir der Ansicht sind, dass er in der Wahl der bibliographischen Angaben, die jedem Kapitel angehängt sind, nicht immer glücklich gewesen ist. Die Illustrationen sind zum grossen Theil ausgezeichnet und das Buch ist gut ausgestattet. Schliesslich wünscht der Ref. dem Buch, dass es schnell eine zweite Auflage erreiche, in der dann Titel und Inhalt einiger Kapitel einige Aenderungen erfahren mögen.

P. Mc. Bride.

---

b) 79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Dresden.

Bericht über die Abtheilung 23 (Hals- und Nasenkrankheiten) zugleich Bericht über die Verhandlungen der deutschen laryngologischen Gesellschaft.

Gemeinsame Tagung vom 16. bis 18. September 1907.
Erstattet von H. Paulssen (Dresden).

Einführende: R. Hoffmann (Dresden).
M. Mann (Dresden).
Schriftführer: W. Haenel (Dresden).
H. Paulssen (Dresden).

1. Sitzung den 16. September, Nachmittags.

Begrüssung durch den I. Einführenden R. Hoffmann (Dresden).

R. Hoffmann dankt der deutschen laryngologischen Gesellschaft, dass sie sich an die Abtheilung 23 angeschlossen hat und ihre Sitzungen mit den Abtheilungssitzungen vereinigt hat. Er gedenkt ferner des verstorbenen Dresdener Halsarztes Beschorner. Auf Hoffmann's Vorschlag sollen sämmtliche Vorträge ausführlich in den Verhandlungen der deutschen laryngologischen Gesellschaft erscheinen.

Da M. Schmidt (Frankfurt) ablehnt, wird B. Fränkel (Berlin) zum Vorsitzenden gewählt.

1. Kuttner (Berlin): „Kehlkopftuberkulose und Gravidität."

Es liegen ca. 230 Fälle von Kehlkopftuberkulose vor. Nur 16 von diesen Frauen überstanden aus eigener Kraft Schwangerschaft und Entbindung und auch von diesen überlebten 3 die Entbindung nur um $1-1^1/_2$ Jahre. Auf Grund des Materials kommt Ref. wiederum zu seinen früheren Schlussfolgerungen: 1. Dass man jede an tuberkulöser Kehlkopfaffection leidende oder auch nur verdächtige Frau eindringlichst vor der Conception warnen müsse, da diese für sie ungemein gefährlich sei. 2. Dass man in allen Fällen, wo die Frau die Gefahren der Schwangerschaft und Entbindung nicht aus eigener Kraft überstehen kann, möglichst frühzeitig den Abort einleiten soll, vorausgesetzt, dass dieser die einzige Möglichkeit und auch eine gewisse Gewähr für die Rettung der Frau giebt.

Im Anschluss hieran verliest Kuttner die vom abwesenden zweiten Referenten Löhnberg aufgestellten Thesen:

1. Die bisherigen Erfahrungen berechtigen nicht, in Fällen von Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren die grundsätzliche Forderung (Indication) des künstlichen Abortes aufzustellen.

2. Die Frage des künstlichen Abortes kann weder vom laryngologischen noch vom gynäkologischen Standpunkt aus entschieden werden, sondern gehört in das Gebiet der ärztlichen Ethik.

3. Für die grundsätzliche Regelung muss die Auffassung Calker's maassgebend sein: Die Abtreibung und Tötung der Frucht kann nicht zugelassen werden lediglich zu dem Zweck, die Gefahr für die Mutter zu vermeiden oder ihre gesundheitlichen Interessen zu schützen, sondern vielmehr zum Zwecke, das Leben der Mutter zu retten.

Discussion:

Gerber (Königsberg) steht auf Grund seines eigenen Materials auf Kuttner's Standpunkt und räth, wie er schon früher gethan hat, die Verhütung der Conception als einzig wirksames prophylaktisches Mittel den in Frage kommenden Kreisen anzuempfehlen.

Imhofer (Prag) ist gegen principielle Tracheotomie bei graviden Kehlkopftuberkulösen.

Joel (Görbersdorf) tritt für energische Behandlung der Kehlkopftuberkulose während der Schwangerschaft mit dem Galvanocauter ein.

Kayser (Berlin) räth zur Fortsetzung der in jüngster Zeit angestellten Thierversuche, um den Einfluss der Gravidität auf die Tuberkulose zu prüfen, die bis jetzt negativ verliefen. Er ist gegen eine Beschlussfassung betr. der Abmahnung der Conception bei Larynxtuberkulose.

Kuttner: Schlusswort:

Zu den Thesen Löhnberg's führt Kuttner an, dass er zwar mit Löhnberg die Abschätzung des Werthes des mütterlichen Lebens gegenüber demjenigen des Kindes für die sittliche Aufgabe des Arztes halte, dass aber doch in jedem Einzelfall der Arzt mit seiner Prognose für Mutter und Kind das letzte Wort sprechen muss. Zu Calker's Auffassung steht seine eigene nicht im Widerspruch, da er den Abort nur da verlangt, wo man fürchten muss, dass die Mutter durch den weiteren Verlauf der Schwangerschaft zu Grunde gerichtet wird, und er lasse ihn andererseits nur zu, wenn er die einzige Möglichkeit und zugleich eine gewisse Gewähr für die Rettung oder wenigstens für eine befriedigende Besserung der Mutter biete. Der Galvanokaustik der tuberkulösen Infiltrate während der Schwangerschaft, wie sie Joel vertritt, bringt Kuttner wenig Vertrauen entgegen. Die endolaryngeale Behandlung habe überhaupt fast niemals einen nennenswerthen Erfolg auf den traurigen Ausgang haben können.

Imhofer (Prag) erwidert Kuttner, dass die Suffokation nur selten eintritt.

2. B. Fränkel (Berlin): Demonstration von Carcinompräparaten des Oesophagus, Pharynx, Larynx und der Nebenhöhlen.

3. Gerber (Königsberg): Complication der Stirnhöhlenentzündung.

Gerber beobachtete selbst bei 493 Stirnhöhlenaffectionen, wovon 71 radical operirt wurden, 24 Complicationen, d. h. 5 pCt.

Im Ganzen fand er in der Literatur 473 Complicationen:

1. 25 Fälle von Periostitis, darunter 15 mit Augenerscheinungen, 2 mit Erblindung.

2. 257 Fälle von Caries und Nekrose und zwar 16 mal subperiostaler Abscess, 7 mal Freiliegen der Dura, 53 mal Hirncomplicationen, 62 Augensymptome überhaupt, 1 mal Freiliegen des Bulbus, 63 mal Dislocatio bulbi, 5 mal Erblindung.

3. Dilatationen durch Empyeme sind 18 beschrieben worden; Cysten, Hydrops und Mucocelen 109, also Sinusitis cum dilatatione 137. Augensymptome hierbei ohne nähere Angabe 35, Dislocatio bulbi 42, Erblindung 3, Verschluss des Ductus nasofrontalis 6.



4. Osteomyelitis, soweit sie durch Höhleneiterung bedingt wird, ist erst in neuerer Zeit beschrieben worden, es sind 19 Beobachtungen mitgetheilt. Es giebt eine circumscripte und diffuse Form, die letztere fast absolut infaust (7 Heilungen, 12 Todesfälle).

5. Intracranielle Veränderungen: 28 Extraduralabscesse, 104 Fälle von Hirnabscess und Meningitis, diejenigen, die Gerber als postoperative Complicationen ansieht, sind hier nicht eingerechnet (31), Thrombose und Pyämie nach Sinuseiterungen 13.

6. Augencomplicationen fand Gerber 114.

7. Was das histologische Ergebniss bei den Complicationen anlangt, so fand Gerber in verschiedenen Fällen Umwandlung der Schleimhaut in Granulationsgewebe, sowie Zeichen von Ulceration und Zerfall, Erscheinungen, die denen am Knochen correspondiren resp. sie einleiten.

8. Seine 70 bakteriologischen Befunde von Nebenhöhleneiterungen zeigen ein Vorherrschen des Streptococcus pyogenes. Wichtig ist das auffallend häufige Hinzutreten des Staphylococcus bei den mit Complicationen einhergehenden Fällen, wie das auch schon von Werner constatirt wurde.

Nach alledem können die Complicationen nicht mehr als vereinzelte und die Stirnhöhleneiterungen nicht mehr als absolut gefahrlos bezeichnet werden. Die Stirnhöhlenoperation nach Killian (und Kuhnt) ist — wenn gut und nicht kühner als nöthig ausgeführt — als gefahrlos zu bezeichnen. Noch gefahrloser wie früher wird sie durch vorhergehende Röntgenaufnahmen.

Im Anschluss an den Vortrag Demonstrationen von Röntgenaufnahmen kranker Nebenhöhlen, Kiefercysten etc., aufgenommen von Kiewe und Ascher.

Discussion:

R. Panse (Dresden) zeigt eine Curve von chronischer rhinogener Meningitis, die sich über 10 Monate erstreckt.

Hajek (Wien) hält die Complicationen der Stirnhöhlenentzündungen nach seiner Erfahrung für ziemlich selten. Die Sinusitis frontalis cum dilatatione fasst er auf als Mucocelen, die durch spätere Infection eitrig werden. Eiterungen machen periostale Processe und keine Dilatationen. Er erkennt ferner einen von Gerber selbst als Knochencomplication beschriebenen Fall nicht als solchen an, da es sich hier um einen Durchbruch einer syphilitischen Nekrose der Vorderwand der Stirnhöhle in die Höhle hinein handelt. Mit demselben Recht könnte man dann ein Epitheliom der Stirnhaut, das bei seinem Fortschreiten in die Tiefe auch in die Höhle durchbricht, als Complication einer Sinusitis frontalis auffassen.

Chiari (Wien) empfiehlt die Röntgendurchleuchtung zur Feststellung der Ausdehnung der Stirnhöhle und ihrer Recessus vor der Operation als sehr zuverlässig.

Kuttner (Berlin) hält die Complicationen im Verhältniss zu den uncomplicirten Fällen für gering und ebenso wie die Todesfälle nur sehr schwer feststellbar. K. empfiehlt den Ausführungsgang der Stirnhöhle endonasal freizumachen und dann abzuwarten.

Gerber (Königsberg) wiederholt nochmals, dass die Zahl der Complicationen nach seinen Feststellungen grösser ist, als man bisher annahm. Das Verhältniss

der complicirten zu den uncomplicirten Fällen festzustellen sei schwer, werde sich aber machen lassen, wie er es an seinem eigenen Material gethan habe. Seine Operationsziffern zeigen, dass er kein wüthiger Operateur sei. Im Uebrigen verweist er auf seine spätere Arbeit.

4. Hajek (Wien): Ueber Indication zur operativen Behandlung der chronischen Stirnhöhlenentzündung.

Es besteht wohl keine Meinungsdifferenz, dass bei chronischen Stirnhöhlenentzündungen Fälle mit Erkrankung des Knochengerüstes und Verdacht auf cerebrale Complication von aussen radical operirt werden müssen. Uneinigkeit in der Indicationsstellung für operative Eingriffe besteht dagegen bei den Fällen, in welchen das ganze Symptomenbild von Kopfschmerzen und der eitrigen Secretion in der Nasenhöhle beherrscht wird. H. unterscheidet hier drei Kategorien:

1. Wenige Fälle, bei welchen schon kurze Zeit nach der endonasalen Behandlung völlige Heilung eintritt.

2. Viele Fälle, bei welchen nach der endonasalen Behandlung wohl der Kopfschmerz und Druck, sowie die Klopfempfindlichkeit der Stirnhöhlenwandungen aufhört, nicht aber der eitrige oder schleimig eitrige Ausfluss.

3. Viele Fälle, bei welchen nach der endonasalen Behandlung weder der Kopfschmerz noch die Secretionsanomalie aufhört.

Für Gruppe 2 und 3 ist der Zeitpunkt, an welchem ein radikaler Eingriff gemacht werden soll, strittig. H. steht auf dem Standpunkt, bei der 2. Gruppe ruhig Wochen und Monate abzuwarten, da diese Erkrankungen noch nach Jahren spontan zur Ausheilung kommen können.

Die Furcht vor der cerebralen Complication ist entschieden übertrieben. Man muss aber dem Kranken vorhalten, dass er noch nicht gesund und von Zeit zu Zeit untersucht werden muss. Was die Technik der Entfernung der mittleren Muschel anlangt, so ist es angezeigt, die mittlere Muschel ein gutes Stück vom vorderen Ansatz abzulösen. H. reisst dann den noch stehen gebliebenen Rest mit seinem Haken abwärts, wodurch es gelingt den Ductus nasofrontalis zu entlasten. Die Radicaloperation der Stirnhöhle ist nicht als harmloser Eingriff zu bezeichnen, es sind H. 6 Todesfälle (nach Killian'scher Operation von uncomplicirten Fällen) bekannt, publicirt davon ist einer. Es ist sehr nothwendig, dass derartige Misserfolge veröffentlicht werden, um eine weitere Verständigung auf dem Gebiete der Indicationsstellung zu ermöglichen.

Discussion:

Gerber (Königsberg) betont, dass auch er uncomplicirte Fälle nur dann radical operirt habe, nachdem sie Monate und Jahre lang bestanden hatten. G. kennt 36 Todesfälle nach der Operation, hält aber die Operation nach eigener Erfahrung nicht für gefährlich.

M. Mann (Dresden) fragt an, wie sich Vortragender zu den Fällen von Stirnhöhleneiterung stellt, die keine Complication bieten, als dass sie trotz sorgfältiger Behandlung stark eitern, üblen Geruch verbreiten und die Kranken selbst zur Operation drängen.

Löwe (Berlin) bestreitet die specifische Gefährlichkeit der Stirnhöhlen-

operation und hält die Art, in der H. die Indication zu finden sucht, aus der practischen Erfahrung heraus nicht für die richtige. Auch H. würde operiren, wenn ein Zwischenraum von einem Jahr verstrichen sei, ohne dass die Eiterung aufgehört habe.

Heymann (Berlin) erwähnt einen Fall von Kieferhöhleneiterung, der spontan nach 4 Jahren heilte.

Barth (Leipzig) lässt bei zweifelhaften Fällen, ob operiren oder nicht, nach eingehender Klarlegung der Heilungsaussichten den Patienten selbst mit entscheiden.

Kuttner (Berlin) betont Gerber gegenüber, dass ausser den in der Literatur bekannten 31 Todesfällen noch viele zur Beurtheilung der Gefährlichkeit in Betracht kommen, die nicht veröffentlicht sind. Er hält die Heilungschancen bei Radicaloperation für so ungünstig, dass man sich nur schwer dazu entschliessen kann, wenn nur die Eiterung zum Aufhören gebracht werden soll.

Barth (Leipzig), Kümmel (Heidelberg).

Reinking (Breslau) empfiehlt, dem Patienten mitzutheilen, dass eine Complication sehr unwahrscheinlich ist, dann wird dieser auch nicht zur Operation drängen.

Hajek (Schlusswort) wünscht den Patienten den Ernst des Eingriffs nicht ganz zu verhehlen, was die voraussichtliche Heilung anlangt, so ist sie wahrscheinlich, aber nicht sicher.

7. Hajek (Wien): Ueber üble Zufälle bei Punction der Kieferhöhle.

Im ersten Fall trat bei einem 66jährigen Arteriosklerotiker im Momente der Kieferhöhlenpunction (vom unteren Nasengange aus) eine Apoplexie auf.

Der zweite Fall betraf eine Frau mit subacutem Empyem der Kieferhöhle. Die Punction ging hier anstandslos von statten. Bei Durchpressen der Luft entwichen deutlich Luftblasen aus der Nase. Die nachfolgende Durchspülung gelang jedoch nicht in Folge eines unüberwindlichen Widerstandes. Die Kranke bekam am nächsten Tage Schüttelfrost mit 40° C., am nächsten Tag wieder Schüttelfrost, an der linken Schläfe, an der Seite der Punction, eine pastöse Schwellung mit einer stark gefüllten Vene. Am dritten Tage abermals Schüttelfrost mit sehr heftiger Schwellung des linken Handgelenks, also eine metastatische Entzündung. Die Kranke wurde nun im Sanatorium aufgenommen. Ich eröffnete die linke Facies canina und konnte folgenden Befund erheben. Die stark geschwellte Schleimhaut unter der Facies canina wurde durch einen subperiostalen Abscess so stark abgehoben, dass das Lumen der Kieferhöhle vollständig verschwunden war, die Kieferhöhle war spaltförmig gebildet, in Folge gleichzeitigen Vorhandenseins einer starken Ausbuchtung der äusseren Wand des unteren Nasenganges und Suppression der Facies canina. Nach Entleerung des Abscesses mit Herstellung des Kieferhöhlenlumens wurde letzteres drainirt. Die metastatische Entzündung des Handgelenkes ging nach Wochen spontan zurück und die nach mehreren Wochen vorgenommene Radicaloperation der Kieferhöhle stellte wieder normale Verhältnisse her.

In dem geschilderten Falle passirte zweifellos folgendes: Die Nadel drang durch die sehr verengte Kieferhöhle sofort in die geschwellte Schleimhaut unter der Facies canina, inficirte das subperiostale Gewebe und es entstand da ein Abscess. Der unter grosser Spannung befindliche Eiter inficirte eine perforirende Vene und es kam zuförderst zu einer pastösen Schwellung der linken Wange. Von hier aus entstand die metastatische Entzündung des Handgelenks. Wie kam es aber, dass während der Punction die durchgepresste Luft durch die Nase kam? Offenbar war dies eine Täuschung, darauf beruhend, dass in Folge der raschen Verengung der Nasenhöhle durch die unterminirte Schleimhaut der Facies canina der Inhalt der Kieferhöhle in den mittleren Nasengang gepresst wurde.

Discussion:

Chiari (Wien) räth durch hebelnde Bewegung an der eingestochenen Nadel festzustellen, ob die Spitze wirklich im Lumen der Kieferhöhle sich befindet. Steckt sie in der Schleimhaut, so ist die Spitze entweder unbeweglich oder ihre Bewegung schmerzhaft.

M. Schmidt (Frankfurt) hat zweimal Anschwellungen der Wange und der Lider gesehen auf Einspritzungen zur Ausspülung der Kieferhöhle, ohne schlimme Folgen. Ferner trat bei Lufteinblasung in eine hintere grosse Siebbeinzelle momentanes Zusammensinken des Patienten mit completter Lähmung der linken Körperhälfte auf, welche nach einigen Stunden, ohne weitere Folgen zu hinterlassen, wieder verschwand.

B. Fraenkel (Berlin) sah nach Ausspülung vom mittleren Nasengange aus eine Abscessbildung in der betreffenden Wange.

Kümmel (Heidelberg) beobachtete auch bei einem Fall von malignem Tumor der Siebbeingegend nach Lufteinblasung in die Stirnhöhle transitorische Hemiplegie und in zwei Fällen bei ähnlicher Einblasung langdauernden Bewusstseinsverlust ohne sonstige Symptome.

Imhofer (Prag) fragt an, ob der Vortragende seine Ansichten über die Gefährlichkeit der Punction vom mittleren Nasengange (Nähe der Orbita), wie sie in seinem Lehrbuche niedergelegt sind, geändert habe.

Kayser (Breslau) hat auch nach Punction vom unteren Nasengang bei einer Dame sofort Ohnmacht mit Krämpfen und Bewusstlosigkeit eintreten sehen, die 36 Stunden dauerte und wohl als hysteroepileptischer Anfall anzusehen ist. Wenn aus der Canüle Blut kommt, so ist zu empfehlen, nicht von aussen Luft einzublasen, sondern durch Valsalva'sche Methode Luft von Innen nach Aussen zu treiben, wobei die Flüssigkeit resp. Eiter leicht herauskommt.

Hajek (Wien) Schlusswort: Der mittlere Nasengang ist wegen der hier vorhandenen Anomalie (Annäherung der äusseren Wand an die untere orbitale Wand) nicht sehr zu empfehlen. Mittelst einer gebogenen Nadel kann man indess diese Gefahr vermeiden.

6. Heymann (Berlin): Ueber Theilung von Nebenhöhlen.

Demonstration von 10 Präparaten von getheilten Stirnhöhlen, eines Präparates von getheilter Kieferhöhle.

R. Hoffmann demonstrirt im Anschluss hieran zwei Präparate von getheilter Keilbeinhöhle. Die Hirnmulde war in dem gezeigten Falle doppelseitig.

Abends im Krankenhaus Friedrichstadt:

7. M. Mann (Dresden): Demonstration von tracheo-bronchoskopischen Fällen.

Vorstellung tracheo-bronchoskopischer Fälle im Stadtkrankenhaus Dresden-Friedrichstadt am 16. September 1907.

1. Julius M., 60 Jahre alt, seit 5. Februar 1906 in Behandlung, wurde bereits am 19. Januar 1907 in der hiesigen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde vorgestellt. Etwa vor Jahresfrist wurde mit Hülfe der Killian'schen Bronchoskopie ein Tumor im rechten Hauptbronchus gefunden, ein Stück davon excidirt und mikroskopisch die Diagnose Bronchialcarcinom festgestellt.

Das Befinden hat sich allmählich verschlechtert. Patientin hat monatelang Blut gehustet, ist sehr heruntergekommen. Percussion und Auscultation ergab damals völlig negativen Befund. Auf der Röntgenplatte keine Spur von Tumor, zur Zeit Dämpfung rechts vorn von III. Rippe ab, rechts hinten von Mitte der Scapula ab Athmung darüber fast aufgehoben. Im 9 mm Rohr sieht man jetzt einen himbeerartigen Tumor aus dem rechten Bronchus hervorragen, der die Carina verdeckt und zum Theil auch in den Eingang des linken Bronchus hinüberragt.

2. Herrmann M., 21 Jahr alt. In's Krankenhaus aufgenommen am 5. December 1906. Bei der Aufnahme starker in- und exspiratorischer Stridor. Im 15/10 mm Tubus sah man $22^1/_2$ cm von der Zahnreihe entfernt eine sagittal gestellte schlitzförmige Verengung von höchstens 4 mm Durchmesser.

Die Trachealwand war nahezu symmetrisch auf beiden Seiten nach innen gedrängt.

Es wurde damals durch Ausschliessung aller anderen Möglichkeiten eine tuberculöse Infiltration der peritrachealen Lymphdrüsen angenommen.

Das Befinden des Patienten war bisher sehr wechselnd. Bei wiederholt auftretenden Bronchialkatarrhen trat plötzlich Fieber bis 40° ein und hochgradige Athemnot, — aber immer erholte er sich wieder.

Vor 4 Wochen plötzlich Dämpfung links hinten unten. Darüber abgeschwächtes Athmen; Fieber, schlechtes Allgemeinbefinden. Die Probepunktion ergab seröses Exsudat mit einigen weissen Flöckchen. Die Flöckchen enthielten Tuberkelbacillen. (Path. Institut Prof. Schmorl.) Damit war die früher gestellte Wahrscheinlichkeitsdiagnose gesichert.

Das Exsudat bildete sich rasch zurück; Patient erholte sich, hat 13 Pfund an Körpergewicht zugenommen. Im 9 mm Rohr sieht man noch deutlich die Stenose — gegen früher an Aussehen sehr verändert. Die rechte Wand der Trachea verläuft fast senkrecht, nur die linke springt sichelförmig vor. Das Lumen ist jetzt ziemlich rund, mindestens 1 cm im Durchmesser.

Subjectives Befinden auffallend gebessert, Athemnoth viel geringer als früher. —

3. Frau B., 38 Jahre alt, litt seit vielen Jahren an Kropf, der besonders die rechte Halsseite einnahm. In letzter Zeit heftige Athemnoth. Tracheosko-

pischer Befund am 15. September 1906: in kurzem Abstand von der Glottis ist die Trachea auf beiden Seiten gleichmässig verengt bis auf 8 mm — also eine sagittal gestellte Säbelscheidentrachea.

In der Tiefe von 16 cm springt von der Hinterwand ein Tumor von etwa Pflaumenkerngrösse vor.

Kropfoperation durch Geheim-Rat Lindner am 16. September 1906. Ueberall sehr feste Verwachsung. Mikroskopischer Befund: Sarkom. Patient erholte sich nach der Operation sehr schnell. Am 20. November erwies sich die Trachea viel weiter — die rechte Wand nahezu von normaler Gestalt. Der Tumor der Hinterwand viel flacher. Das rechte Stimmband in Cadaverstellung: 16. März und 6. April werden kleine Tumoren an der Hinterwand und eine erbsengrosse Stelle der Vorderwand mit dem Spitzbrenner zerstört.

Danach Nachlassen der Beschwerden.

Am 9. Juli. Patientin klagt viel über kurzen Athem. Sofort nach der Entlassung aus dem Krankenhaus trat Gravidität ein; die Beine sind geschwollen infolge von Krampfadern.

Bei der Tracheoscopie zeigt sich ein kleiner flacher Tumor von rechts hinten und ein noch viel kleinerer an der Vorderwand.

Patientin ist vor 4 Wochen von einem gesunden Kind entbunden worden.

Bei der Untersuchung am 17. September zeigt sich ein Streifen von kleinen rothen Tumoren, der von der Hinterwand sich über die rechte Seite der Trachea nach vorn bis in die Mitte erstreckt.

4. Hermann K., 52 Jahre alt, Uhrmacher, 22. August 1907 ins Krankenhaus aufgenommen.

Grosse Struma, besonders auf der rechten Halsseite; stark entwickelte Heiserkeit, kurzer Athem. Stridor. Bei der Laryngoskopie erkennt man an der hinteren Rachenwand einen kastaniengrossen Tumor, der einen Einblick in den Larynx völlig verhindert. Nur die sehr grosse Epiglottis ist im Spiegelbild hinter dem Tumor sichtbar, er legt sich in ihre Concavität hinein.

Mit dem 9 mm Rohr gelingt es den weichen Tumor zu comprimiren. Die Stimmbänder werden sichtbar, klaffen im hinteren Abschnitt. Nach Passage derselben erkennt man die hintere membranöse Trachealwand von etwa Bleistiftdicke vorgewölbt, die Trachea ist von rechts und links stark convex vorgewölbt, so dass für die Athmung nur ein schmaler dreieckiger Spalt bleibt. Wie tief die Stenose hinabreicht lässt sich nicht feststellen. — Kropfoperation in Localanaesthesie am 24. August (Geh. Rath Lindner).

Es wurden mehrere grosse Cysten enucleirt besonders auf der rechten Seite; auch gelingt es eine hinter der Rachenwand gelegene kleine Cyste herauszuschälen.

Patient fühlte sich sofort nach der Operation viel freier. Athemnoth und Stridor völlig verschwunden.

Heute erste Untersuchung nach der Operation. Rachen vollkommen frei; Kehlkopf übersichtlich. Stimmbänder frei beweglich. Mit der indirecten Tracheoskopie kam man nicht zum Ziel. Im 9 mm Rohr erkennt man, dass die membra-

nöse Hinterwand, sowie die linke Trachealwand noch etwas vorgebuchtet, im Uebrigen Luftröhre weit und übersichtlich.

Weiterhin demonstrirt Mann noch Präparate und Bilder von zwei tracheo-bronchoskopischen Fällen.

Im ersten Fall handelt es sich um ein Sarkom, das von der Schilddrüse ausgehend zwischen Trachea und Oesophagus hineingewuchert war, derart dass die Lumina beider Bronchien nahezu völlig verlegt waren, im anderen um eine Stenose im Verlaufe des rechten Hauptbronchus durch Lungencarcinom veranlasst. Beide Krankengeschichten werden noch ausführlich publicirt werden.

Ein Fall von Laryngocele beim Menschen.

Bei einem 48jährigen Werkmeister beobachtete Mann in der rechten Larynxseite einen etwa halbwallnussgrossen Tumor, der sich bei der Athmung nicht veränderte. Im vorderen Kehlkopfabschnitt an Taschen-Stimmbändern und darunter zahlreiche Papillome.

Der Tumor wurde für eine Cyste gehalten und deswegen zuerst mit einem Spitzbrenner ein Loch hineingebrannt. Nachdem alle Papillome entfernt waren, verschwand allmählich auch der Luftsack.

Jetzt nach einem Jahr zeigen sich beide Taschenbänder noch geschwollen, so dass sie sich in den vorderen zwei Dritteln nahezu berühren. Zu beiden Seiten der Taschenbänder flach rundliche Prominenzen, die sich im vorderen Drittel des Larynx bis zur Seitenwand erstrecken.

Die geschilderten Verhältnisse werden an Abbildungen erläutert, der Patient selbst vorgestellt.

Die ausführliche Publication wird noch erfolgen.

Gemeinsame Sitzung mit Abtheilung 22 und 24 vom 17. September, Vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: Schmidt-Rimpler (Halle).

1. Birch-Hirschfeld (Leipzig) und Richard Hoffmann (Dresden): Die Beziehungen der entzündlichen Orbitalerkrankungen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.

Birch-Hirschfeld (Leipzig): Vortragender kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Sinusentzündungen spielen in der Aetiologie der Orbitalentzündungen eine viel grössere Rolle als bisher angenommen wurde.

2. Fast in allen Fällen handelt es sich um ein chronisches oder akutes Sinusempyem.

3. Das Uebergreifen der Entzündung auf die Augenhöhle wird durch eine locale Periostitis der Orbitalwand, die besondere Prädilectionsstellen hat, eingeleitet und geschieht im Bereich der durchtretenden Gefässe.

4. Der orbitale Process ist verschieden (Periostitis orbital., Orbitalabscess, Orbitalphlegmone).

5. Häufig setzt das orbitale Periost dem Uebergreifen der Entzündung auf das retrobulbäre Gewebe einen Widerstand entgegen und der Abscess kann sub-

periostal nach vorn oder hinten weitergreifen, eine Sehnervenentzündung hervorrufen oder zum spontanen Durchbruch am Orbitaleingang führen.

6. In anderen Fällen greift die Entzündung unter dem Bilde der Thrombophlebitis frühzeitig auf das Orbitalgewebe über. Diese Fälle sind wesentlich ungünstiger zu beurtheilen.

7. In diagnostischer Beziehung lässt sich neben umschriebener Druckempfindlichkeit bestimmter Stellen der Orbitalwand die Art der Dislocation des Bulbus verwerthen.

8. Periphere Gesichtsfeldeinengungen sind selten.

9. Wichtiger ist für die Diagnose der Entzündung einer hinteren Nebenhöhle (hintere Siebbeinzellen, Keilbeinhöhle) der Nachweis eines centralen Skotoms.

10. Unter 409 Fällen von Orbitalentzündungen nach Sinusaffectionen erblindeten 66 Augen (ca. 16 pCt.). Am häufigsten sind Erblindungen bei Kieferhöhlenempyem, 27 pCt.

11. Ophthalmoskopisch wurde häufig Hyperämie der Papille, Neuritis optica, Atroph. nerv. opt., seltener Thrombophlebitis der Netzhautvenen, Netzhautblutungen und Ablatio retinae nachgewiesen.

12. 18mal wurde ein Ulcus corneae, 8mal Panophthalmie, 2mal Glaukom festgestellt.

13. Quoad vitam verhalten sich die bei Sinusitis auftretenden Orbitalentzündungen günstiger als die spontanen. Die Mortalität der Keilbeinhöhlenempyeme ist die höchste (28 pCt.), diejenige der Stirnhöhlenempyeme beträgt 16,3 pCt.

14. Bei der Section wurde 34mal Meningitis, 15mal Hirnabscess, 6mal Sinusthrombose festgestellt.

15. Vortragender hält die von Augenärzten geübten Incisionen in die Tiefe der Orbita für unzweckmässig und empfiehlt breite Freilegung des Orbitalrandes und stumpfe Lösung des Periosts unter sorgsamer Schonung des Inhaltes der Orbita und ausgiebige Drainage.

16. Die Untersuchung und Therapie der Nasenhöhlen und ihrer Nebenhöhlen erfordert eine Uebung und Erfahrung, die nur in seltenen Fällen dem Augenarzt zu Gebote steht. Vortr. hält es für richtiger, die Indication und Therapie der Sinusitis dem Rhinologen zu überlassen.

17. Die wichtige Rolle des Augenarztes bei den Erkrankungen besteht darin, dass er häufig die Diagnose stellt, in zweifelhaften Fällen durch genaue Analyse der orbitalen und ocularen Symptome dieselbe stützen hilft und mit der orbitalen Eiterung eine schwere Gefahr für das Auge zu beseitigen strebt.

18. Ein Zusammenarbeiten der Ophthalmologen und Rhinologen lässt für wissenschaftliche Erkenntniss und practischen Heilerfolg das meiste erhoffen.

R. Hoffmann (Dresden): **Die Beziehungen der entzündlichen Orbitalerkrankungen zu den Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase** (Correferat).

Der Referent weist einleitend auf den grossen Werth der orbitalen Complicationen der Nebenhöhleneiterungen für die Diagnose der letzteren hin. Es folgt

die Besprechung der rhinoskopischen Erscheinungen, welche die Diagnose Nebenhöhleneiterung stützen, die Besprechung des Werthes der Durchleuchtung und der Röntgenaufnahme für die Diagnose. Für die Ueberleitung entzündlicher Processe aus den Nebenhöhlen auf die Orbita sind prädisponirend die anatomische Situirung der Nebenhöhlen, das Verhalten der trennenden Knochenwände, die Gestaltung des Höhleninnern, die Verhältnisse in der Nase, endlich die Verbindung der Gefässe der Nebenhöhlen mit denen der Orbita. Der Uebergang findet statt entweder durch den Knochen oder durch Gefässvermittelung. Bei günstigen anatomischen und klinischen Verhältnissen ist es eine heftige Infection, welche in letzter Instanz den Uebergang von entzündlichen Processen aus den Nebenhöhlen auf die Orbita veranlasst. Wenn bereits Eiter in der Orbita ist oder ein Durchbruch bevorsteht, so werden die erkrankten Höhlen von der Orbita aus freigelegt und die Nebenhöhleneiterung selbst, da es sich meist um chronische Fälle handelt, den radicalen Operationsmethoden unterworfen. Bei periostitischen Processen empfiehlt sich Behandlung der Nase von aussen nur, wenn sich von der Nase aus kein genügender Eiterabfluss erzielen lässt. Bei den letzteren Processen ist in acuten Fällen eine conservative Behandlung der Nebenhöhlen angezeigt, in chronischen eine radicale. Bei zweifelhafter Diagnose soll man bei Vorhandensein einer orbitalen Complication vor allem einer Neuritis optica, auch vor einem probatorischen Eingriff in die betreffende Nebenhöhle nicht zurückschrecken.

Im Anschluss: R. Hoffmann, Demonstrationen durch Epidiaskop von Knochen- und Weichtheilpräparaten zur Illustration der Lagebeziehungen der verschiedenen Nebenhöhlen unter sich sowie gegen die Orbita und den Sehnerven.

Discussion:

Axenfeld bestätigt, dass die Zahl der Orbitalerkrankungen, die nicht von Nebenhöhlen ausgehen, wohl sehr gering ist, bezüglich der Betheiligung der Ophthalmologen an der operativen Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen soll Ophthalmolog und Rhinolog möglichst zusammen operiren.

Löwe spricht über Hypophysistumoren, die unter Umständen durch Einwuchern Nebenhöhlenerkrankungen veranlassen können.

Kuhnt (Bonn) wünscht, dass der Ophthalmologe auch Rhinologie lernen soll.

Schwarz (Leipzig) schliesst sich Axenfeld an.

Peters (Rostock) ist für Zusammenarbeiten der Ophthalmologen und Rhinologen.

Uhthoff (Breslau) weist auf die interessante Thatsache hin, dass bei den Fällen Birsch-Hirschfelds's lediglich die centralen Opticusbündel functionell beeinträchtigt werden. Sinusthrombose wie Sepsis ist bei den von den Nebenhöhlen ausgehenden Orbitalaffectionen seltener als bei den thrombophlebitischen Orbitalphlegmonen, die vom Gesicht ausgehen.

2. M. Mann (Dresden): Orbitalphlegmone im Verlauf einer acuten Otitis media.

Die Pflegerin B. bekam im Anschluss an eine Angina lacunaris eine Otitis media. Hierzu trat Lidödem, Protrusio bulbi, Resistenz auf Druck aus der Tiefe der Orbita auf. Eröffnung des Warzenfortsatzes, worauf Rückgang aller Augen-

symptome und bald völlige Heilung eintrat. Da wegen negativen Nasenbefundes Nebenhöhleneiterung auszuschliessen war, führt Vortragender ausser anderen Möglichkeiten folgende für das Zustandekommen des eigenthümlichen Symptomencomplexes an. Die Orbitalerkrankung konnte secundär durch Thrombose des Sinus cavernosus entstanden sein, indem die Entzündungserreger vom Mittelohr durch dessen vordere Wand in den Plexus carotic. gewandert waren, der unmittelbar in jenen übergeht. Deshalb wurde das Antrum eröffnet. Der schnelle Rückgang aller Augensymptome lässt sich nur so erklären, dass keine Phlebitis des Sinus cavernosus bestand, sondern dass nur durch collaterales Oedem vom Mittelohr, bezw. vom Kuppelraum aus der Plexus caroticus völlig verschlossen war.

Discussion:

Best (Dresden) hält die Erklärung Mann's für möglich, es kann sich aber auch um eine entzündliche Affection gehandelt haben.

Elschnig (Prag) hält die geschilderte Orbitalerkrankung für Periostitis.

Schirmer ((Strassburg) schliesst sich dem Vorredner an.

Abtheilungssitzung vom 17. September Vormittags.
Vorsitzender: Chiari (Wien).

1. Barth (Leipzig): **Die Athmung, insbesondere die Veränderung der Körperoberfläche bei derselben.**

Vortragender kommt zu folgenden Resultaten:

Es giebt normaler Weise keine thorakale, es giebt keine abdominale Form, am allerwenigsten beide im Gegensatz zu einander. Der von vielen noch angenommene Unterschied des Athmens bei den Geschlechtern besteht im Princip nicht, auch das Korsett ändert nichts daran. Bei Kindern kann man nur insofern eine Abweichung zugeben als das Knochengerüst noch zu weich ist, um stärkeren mechanischen Einwirkungen genügend Widerstand zu bieten. Normal ist das thorako-abdominale Athmen. Am grössten ist die Capacität in aufrechter ungezwungener Körperhaltung, wenn Brust und Leib möglichst wenig durch Druck beengt ist.

Auch für gewisse pathologische Fälle werden sich typische Athembilder aufstellen lassen.

2. Krebs (Hildesheim): **Die erste Beobachtung von Rhinosklerom in der Provinz Hannover.**

Eine 26jährige Frau im Regierungsbezirk Hildesheim, von deutschen Eltern geboren, welche nie mit Leuten von Skleromländern in Berührung gekommen ist, hatte das typische klinische Bild des Rhinosklerom: Die Diagnose wurde histologisch und bakteriologisch gesichert. Während einer später auftretenden Schwangerschaft trat eine derartige Stenose ein, dass sofort operirt werden musste. Die Laryngofissur zeigte, dass die sklerosirten Wülste bis tief in die Trachea gingen und das ganze subglottische und tracheale Lumen ausfüllten. Auslöffelung des ganzen erkrankten Rohres: Naht. Geburt zur normalen Zeit ohne Dyspnoe.

Nachmittagssitzung.

Vorsitzender: Heymann (Berlin).

1. Discussion zum Vortrage Krebs:

Chiari (Wien) ist für Spaltung des Kehlkopfs und der Trachea, um die Infiltrate so weit wie möglich zu exstirpiren, reicht die skleromatöse Stenose tief in die Trachea, dann nur Auskratzung und vorsichtige Dilatation.

Gerber (Königsberg) bezeichnet die Dilatation als souveränes Mittel gegen die skleromatösen Stenosen und empfiehlt die Annahme eines Antrages, „das Sklerom unter die anzeigungspflichtigen Krankheiten aufzunehmen“.

Krebs unterstützt den Antrag und fragt ferner an, mit welchen Instrumenten tief heruntergehende Stenosen dilatirt werden.

Gerber empfiehlt Schrötter'sche Katheter und bei sehr tiefen Stenosen Killian'sche Röhren.

2. Max Senator (Berlin): Ueber erworbene totale Ausschaltung der Nasenathmung und deren Folgezustände.

S. giebt die klinischen Daten eines Falles (aus Lassar's Klinik), der nach Tuberculose und Lues durch totale Verwachsung des Gaumensegels und der hinteren Rachenwand und sonstige Nasenstricturen die nasale Respiration völlig ausschaltete. Die Frage, ob der Wegfall der Nasenathmung und die so bedingte Verschlechterung der Athmungsluft Kehlkopf und Lunge schädigen und ob Inactivitätsatrophie im Naseninnern bewirkt wird, lässt sich nicht einwandfrei beantworten, da infolge der Tuberculose und Lues keine eindeutigen Krankheitsbilder gegeben waren. Zum Schluss noch einige therapeutische Bemerkungen.

Discussion:

Scherer (Bromberg) führt einen Fall von vollständigem Verschluss des Nasenrachenraumes nach Lues an und völliger Atrophie der Nasenschleimhaut.

Chiari (Wien) sah bei angeborener einseitiger völliger Atresie der Choanen Hypertrophie der Muscheln mit starker Schleimansammlung, die nach Wegbarmachung der Choane abnahm.

Heymann (Berlin) hat 10 Fälle von totalem Abschluss der Nase nach dem Nasenrachenraum infolge von Lues gesehen, bei denen die verschiedenen Kategorien des Geruchs völlig intact waren, wie durch Versuche mittelst Einblasung von riechender Luft festgestellt wurde.

3. Rudloff (Wiesbaden): Demonstration: a) Ein Fall von Decubitalnekrose in der Pars laryngea des Pharynx.

An der Hand eines Präparates werden die klinischen Erscheinungen der vier Wochen dauernden Beobachtung geschildert: Starke Beschwerden beim Schlucken, heftige Schmerzen beim Bewegen des Kopfes. Die Nekrose kann also nicht bloss einige Tage vor dem Tode auftreten, wie bisher angenommen wurde.

Discussion:

Chiari (Wien) erwähnt, dass von Koschier (Wien) bei marantischen Greisen Decubitalgeschwüre der hinteren Larynxwand beobachtet und beschrieben

wurden. Wichtig ist bei Rudloff's Beobachtung die Jugendlichkeit des anämischen Kranken (18 Jahre).

b) Ein Fall von Myxochondrom im Nasenrachenraum.

Das Präparat entstammt einem 10jährigen Knaben. Bisher ist in der Literatur ein Fall von Myxochondrom des Nasenrachenraums nicht erwähnt.

Discussion:

Rosenberg (Berlin) fragt nach dem postrhinoskopischen Befunde, der für die Differentialdiagnose wichtig sei und erwähnt ein von ihm beobachtetes Sarkom, das andererseits vorher als adenoide Vegetation operirt worden war.

Rudloff: Schlusswort.

Heymann (Berlin): Zur Heufiebertherapie.

Vortragender berichtet über seine diesjährigen Erfahrungen der Behandlung des Heufiebers mit Schilddrüsenpräparaten. Von 51 beobachteten Kranken haben 9 negativen Erfolg angegeben, bei den übrigen 42 wurde eine mehr oder weniger erhebliche Besserung erzielt, darunter 14 ohne weitere Anfälle. Kein wesentlicher Unterschied in der Wirkung der verschiedenen Präparate. Mit Antithyreoidin (Möbius) ein voller Erfolg und im anderen Falle geringe Besserung. Gegen die Intoxicationen wurden Arsenpräparate als Gegengift erfolgreich gebraucht; die Wirksamkeit des Mittels erfährt aber bei Heufieber allmählich eine Verminderung.

5. Rud. Hoffmann (München): Zur Lehre der Heufiebertherapie.

Vortragender kommt zu folgendem Ergebniss: Das Heufieber stellt sich als ein Reizzustand der Vasodilatatoren im Bereich des sensiblen Trigeminus, in dessen Bahn sie verlaufen. dar, hervorgerufen durch die Irritation der von diesem Nerven versorgten Schleimhäute der Nase und des Auges durch Pollentoxin. Das Heufieber wird in Parallele zu dem Morbus Basedowii gestellt. Prädisponirend wirkt die Labilität der Vasomotoren, wie sie auch in Urticaria und Erythemen zum Ausdruck kommt, besonders aber die die Vasodilatation begünstigende Hypersecretion der Thyreoidea. Empfehlung von Ertract. fluid. Hydrast. canad. (event. aa mit Extract. fluid. Secal. cornut.) 3mal täglich 25 Tropfen vor Beginn der Grasblüthe.

Discussion:

Thost (Hamburg): Es kann nur ein Serum als Heilmittel gegen Heufieber in Betracht kommen, um die Idiosynkrasie zu bekämpfen. Die locale Behandlung muss vor der Heufieberzeit vorgenommen werden.

Avellis (Frankfurt a. M.): Der Weg mit einem Serum ist ein falscher, es handelt sich um Ueberempfindlichkeit gegen „artfremdes" Eiweiss, wobei sich die Empfindlichkeit des Kranken immer mehr steigert. Empfehlung von Rhinoculin in Crèmeform. Das Regime ist bei der Behandlung die Hauptsache.

Krebs (Hildesheim): Echtes Heufieber ist eine seltene Krankheit. Der Heufieberbund ist schuld daran, dass sich die Patienten nicht örtlich, nasal behandeln lassen, wodurch oft Zustände, die als Heufieber empfunden werden, rasch heilen.

Rud. Hoffmann (München): Die Idiosynkrasie besteht in der Neigung zur Vasodilatation in der Nase; die Thyreoidea beeinflusst positiv die Vasodilatation

im Bereich des Kopfes und das Heufieber lässt sich durch Thyreoidingaben günstig beeinflussen, also wird sich die Rolle der Thyreoidea unter den prädisponirenden Momenten nicht in Abrede stellen lassen.

Heymann (Berlin): Das Pollantin ist kein durchaus sicheres Mittel. H. legt besonderes Gewicht auf die Idiosynkrasie. Locale Behandlung in der heufieberfreien Zeit cfr. seine vorjährige Publication.

6. Avellis (Frankfurt): Ueber Störungen des Organgefühls für das respiratorische Gleichgewicht.

Das Asthma ist keine Erkrankung der Bronchien oder des Vagus, sondern eine Störung des respiratorischen Gleichgewichts, das beim Asthmadisponirten leichter aus der geregelten Function gebracht werden kann, als beim Normalen. Daher die Ueberempfindlichkeit der Asthmakranken gegen klimatische Einflüsse. Als bestes Asthmacoupirungsmittel hat sich ein vom Vortragenden und Dr. Ritsert (Frankfurt) hergestelltes Mittel „Eupneuma" bewährt. Von nasaler Behandlung hat A. selten dauernde Erfolge gesehen. Der Arzt muss als Erzieher wirken, am besten ist planmässige Anstaltsbehandlung. A. bespricht ferner die hysterischen Respirationsbeschleunigungen, ferner den von ihm zuerst beobachteten Athemtypus der „Adenoidenkinder".

Discussion:

Thost (Hamburg) fragt an, ob es nicht gelungen sei, das Tucker'sche Mittel genau zu analysiren und herzustellen.

Avellis (Frankfurt): Das Tucker'sche Mittel ist auch von Eichhorn untersucht. Er fand salpetrige Säure darin, ausserdem Cocain und Atropin. A. glaubt, dass die salpetrige Säure auf einem Wege hineingekommen ist, der dem Eupneuma sehr ähnlich ist.

7. Sänger (Magdeburg): Zur Asthmabehandlung.

1. Demonstirrt einen verbesserten Arzneivergaser nach dem Princip seines alten Arzneivergasers.

2. Zur Asthmatherapie.

S. berichtet über die mit seiner Athemgymnastik (Münch. med. Wochenschr. 1904. No. 8) bei 91 Fällen seit dem 1. Januar 1906 erzielten günstigen Erfolge: Die Eigenart seiner Behandlung besteht darin, dass sie die verlängerte Ausathmung noch mehr verlängert und abschwächt und zugleich die Einathmung abschwächt und noch mehr verkürzt. Hierdurch wird 1. die Entleerung der Lungen sicherer bewirkt, 2. die Athmungsorgane relativ ruhiggestellt.

Discussion:

Imhofer (Prag) weist auf Kuttner's jüngst erschienenes Werk hin und bestätigt, dass ein ursprünglich nasales Asthma nach längerer Dauer einer nasalen Behandlung nicht mehr zugänglich wird oder nur vorübergehend gebessert wird.

Goldschmidt (Reichenhall) registrirt mit Freuden die Thatsache, dass seine vor fast 10 Jahren aufgestellten Ansichten allmählich in die neueren Lehrbücher eingedrungen sind. Avellis' Ansichten entsprechen so ziemlich seinen eigenen, er erkennt noch heute das „Asthma psychicum" an, wobei nicht gesagt

sei, das jedes Asthma ein „Asthma psychicum" sei. In den meisten Fällen ist das Asthma eine centrale Erkrankung, nicht immer aber beruht es auf Erschütterung gerade der psychischen Sphäre des Centralsystems. Er rühmt das Eupneuma als vorzügliches Palliativmittel. Gegenüber Sänger hält er es für unmöglich, bei einer schweren Asthmaattacke die Inspiration abzukürzen und die Exspiration zu verlängern.

Thost (Hamburg) bestätigt die Brüggelmann'sche Lehre von den asthmatischen Punkten in der Nase. Finden sich solche Punkte, so eignen sich die Fälle, wenn die Nase frei ist, nicht zur nasalen Behandlung.

Goldschmidt (Reichenhall) spricht sich gegen die Brüggelmann'sche Lehre aus.

Avellis (Frankfurt): Der Husten bei Sondenberührung in der Nase ist thatsächlich bei Asthmatikern häufiger als bei Gesunden. A. steht auf dem Standpunkt, dass der Arzt persönlich, möglichst in einer Anstalt, die antiasthmatische Erziehung des Patienten leiten soll. Die Kunst ist, den Anfall zu verhüten und seine Zustände aus dem Gedächtniss auszuschalten.

Sänger (Schlusswort): S. nimmt auch an, dass das Asthma eine psychoreflectorische Erkrankung ist. Er bleibt aber der Ansicht, dass die Inspiration verkürzt und ausserdem noch abgeschwächt werden kann! Dadurch wird der Circulus vitiosus durchbrochen, dass die Kranken um to tiefer einathmen, je stärkere Athemnoth sie haben, und dass die Athemnoth um so mehr zunimmt, je stärker eingeathmet wird.

8. Flatau und Gutzmann: Die Singstimme des Schulkindes.

Die Verfasser schildern ihre Untersuchungstechnik, deren Schwierigkeiten und die dabei in Anwendung kommenden Vorsichtsmassregeln. Es folgt eine allgemeine statistische Uebersicht über 575 Einzeluntersuchungen. Ueber die Qualität der Leistung giebt eine besondere Darstellung (Heiserkeitskurve) Auskunft. Hierauf Bericht über die sogenannten „Brummer". Eine umfangreiche Darstellung ist den Grenzwerthen in der Ausdehnung des Organs über den Umfang gewidmet; wobei sich eine merkwürdige Praeponderanz des 10. Lebensjahres ergiebt. Paedagogisch wichtig ist, dass für das zarte Kindesalter die Berücksichtigung des strengen „realen" Durchschnittes gefordert wird. Die weitere Untersuchung gilt denn auch der Frage der Labilität, wobei enorme Schwankungen zwischen den kleinsten und den grössten Werthen zu Tage treten. Es folgt ein Vergleich der neuen Ergebnisse mit denen Paulsens. Das Nähere über die laryngoskopischen Befunde findet sich in einer ausführlichen Publication im Archiv für Laryngologie.

Discussion: Imhofer (Prag), Flatau (Berlin).

Sitzung der Abtheilung 23: Mittwoch, den 18. September Vormittags.

Vorsitzender: Rosenberg (Berlin).

1. Barth (Leipzig): Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenheilkunde sind beim Unterrichte, auf wissenschaftlichen Congressen und in der Litteratur grundsätzlich gemeinsam, nicht getrennt zu behandeln:



Die jetzigen Verhältnisse erklären sich aus der historischen Entwicklung und aus der unklaren Stellungnahme der Ministerien und Fakultäten. Die beiden Disciplinen selbst, der Unterricht, die wissenschaftliche Pflege und die grosse Mehrzahl der Aerzte fordern eine Vereinigung. Gegen diese kämpft nur eine verschwindende Anzahl von Fachärzten ohne stichhaltige Gründe an. Als einziger Grund für die Trennung könnte nur der Ueberfluss an Vorträgen bei manchen wissenschaftlichen Versammlungen angeführt werden.

Discussion:

Kümmel (Heidelberg) ist für Zusammenlegung der beiden Sectionen in Naturforscherversammlungen.

Gmeinder (Halle) im Namen und im Auftrage von Schwarze (Halle) tritt entschieden für Trennung der Otologie von den beiden anderen Disciplinen ein.

R. Hoffmann (Dresden) tritt Kümmel's Meinung bei.

Gerber (Königsberg) stimmt Kümmel und Hoffmann bei; wünscht, dass die Naturforscher- und Aerzteversammlungen alle zwei bis drei Jahre zusammentreten, damit genügend Themen zur Verhandlung kommen.

Rosenberg (Berlin) betont, dass, so sehr auch eine zuweit gehende Specialisirung zu bedauern ist, die Spaltung in der Medicin die Einzelfächer gefördert hat, so besonders die Laryngologie.

Gmeinder (Halle): Die Trennung der Otologie entspringt keinesfalls einer gewissen Empfindsamkeit, sondern ist historisch.

Schlesinger (Dresden) ist für Vereinigung der Otologie und Laryngologie und bezieht sich hierbei auf die ehrengerichtliche Gesetzgebung.

Kayser: Dass Otologie und Laryngologie heutzutage als berechtigte Specialfächer anerkannt sind, ist bekannt. Sind auf Naturforscherversammlungen genügend viele reine Otologen und reine Laryngologen vorhanden, dass sie zu einer selbstständigen Berathung ausreichen, so mag eine Trennung stattfinden, sonst eine für die grosse Mehrheit, die Oto-Laryngologen sind, erwünschte Vereinigung.

2. R. Panse (Dresden): Demonstration eines mikroskopischen Präparates von beginnendem Carcinom eines Stimmbandes.

3. Blumenfeld (Berlin): Adenoide Vegetationen und intrathoracale Drüsen.

Die intrathoracalen Drüsen können durch eine mit den bekannten physicalischen Untersuchungsmethoden combinirte Röntgendurchleuchtung des Brustkorbes nachgewiesen werden. Man wird erkrankte intrathoracale Drüsen besonders dann vermuthen müssen, wenn Kinder mit adenoiden Wucherungen an häufigen Katarrhen der Bronchien leiden und zumal, wenn diese mit meist kurzen Fieberanfällen einhergehenden katarrhalischen Erscheinungen nach gründlicher Entfernung der Wucherungen und Herstellung der Mundathmung nicht verschwinden. In diesen Fällen ist die Ursache der Katarrhe bei den von mir bisher Untersuchten in einer Erkrankung der intrathoracalen Drüsen zu finden, ohne dass die Lunge selbst erkrankt sein müsste. Es ist daher die Lehre von dem Einfluss der Mundathmung auf die Entstehung dieser Bronchialkatarrhe zu revidiren und

ein solcher Zusammenhang nur da anzunehmen, wo unter Zuhülfenahme des Röntgenverfahrens eine andere Ursache auszuschliessen ist. Für die Prognose ist der positive Ausfall um so wichtiger, da es sich bei den nachweisbaren intrathoracalen Drüsen vorwiegend um entzündliche Neubildungen bezüglich Verkäsungen handelt. Eine Allgemeinbehandlung, die diese Vorgänge berücksichtigt, ist selbstverständlich erforderlich.

4. A. Rosenberg (Berlin): Ueber kalten Abscess des Kehlkopfes.

Acute Abscesse des Kehlkopfes, und eigentlich sind nur solche beobachtet, wenn man von tuberculösen und perichondritischen Abscessen absieht, gehen mit Fieber, Schmerzen, eventuell auch mit Larynxstenose einher, auch wenn sie einen langsamen, mehr chronischen Verlauf zeigen und entwickeln sich mit Vorliebe an Stellen, wo lockeres submucöses Gewebe sich findet. Am Stimmbande sind sie daher selten, wenn sie dort auftreten, an der unteren Fläche; an dem eigentlichen Körper sind Abscesse bisher überhaupt kaum beobachtet. Ich habe bei einem 58jährigen Fabrikbesitzer nach oder während einer acuten heftigen Gastroenteritis an der oberen Fläche des linken Stimmbandes einen grossen subepithelialen Abscess auftreten sehen, der, abgesehen von einer unbedeutenden Heiserkeit, absolut symptomlos sich entwickelte und verlief und durch eine einmalige Incision geheilt wurde. Wahrscheinlich hat bei dem stürmischen Erbrechen des Patienten in der Pars libera des Stimmbandes, die ja zahlreiche Blutgefässe aufweist, eine Blutung unter das Epithel stattgefunden und aus dem so entstandenen Hämatom hat sich ein Abscess entwickelt.

(Ausführlich publicirt in den Verhandlungen der Deutschen laryngologischen Gesellschaft.)

Discussion:

Imhofer (Prag) stimmt Rosenberg's Ansicht bezüglich der primären Hämatombildung bei und verweist auf seine im Archiv für Laryngologie erschienenen Beobachtungen über Hämatome, die er besonders bei Sängern beobachtet hat.

Goldschmidt (Berlin) hat zweimal umschriebene Hämorrhagien der Stimmbänder gesehen.

Max Mann (Dresden) berichtet von zwei Fällen, wo blau-schwarze kleine Tumoren der Stimmbänder papillomatösen Bau mit reichlichem Blutpigment zeigen, also jedenfalls auch aus subepithelialen Hämorrhagien entstanden waren.

Rosenberg: Schlusswort.

5. Walter Albrecht (Berlin): Ueber die Bedeutung der Röntgenographie der nasalen Nebenhöhleneiterungen.

Der Vortragende hat Aufnahmen in der von Goldmann und Killian angegebenen Art hergestellt, nur mit dem Unterschied, dass er halbweiche bis harte Röhren verwendete und die Expositionszeit bei Anwendung starker Ströme $2^1/_2$–3 Minuten betrug. Auf diese Art wurden 36 Skiagramme bei Patienten und 20 Aufnahmen an der Leiche hergestellt, sodass der Vortragende über ein Material

von 56 Aufnahmen verfügt. Ausserdem hat er beim Cadaver bei der 1. Aufnahme in klare Kieferhöhlen Eiter eingespritzt und dann wieder skiagraphirt und dabei gefunden, dass die Verdunklung der erkrankten Höhle in erster Linie auf Kosten des Eiters zu setzen ist.

Bei langdauernden Empyemen kann die Verdunklung auch durch Granulationen und Infiltration der Schleimhaut bedingt sein. Das Resultat ist folgendes: Für die Diagnose der Erkrankung der vorderen Siebbeinzellen ist die Methode als absolut beweisend zu bezeichnen.

Für die Stirnhöhle kam der Vortragende zu dem Resultat, dass sich ein Katarrh mit Schwellung und Infiltration der Schleimhaut nicht wiedergiebt. Für das Empyem kam er zu der Ansicht, dass auf das Skiagramm allein eine Diagnose mit Sicherheit nicht gestellt werden kann, dass wir jedoch im Röntgenbild einen diagnostischen Factor besitzen in den Fällen, in welchen auch andere Momente für ein Empyem der Stirnhöhle sprechen. Für die Kieferhöhle ist trotz der Zuverlässigkeit des Skiagramms die Röntgenographie wichtiger für die Diagnose von Tumoren speciell deren Operabilitat, als für die Diagnose der Empyeme, da wir in der Probespülung und der Durchleuchtung mit der Heryng'schen Lampe für diese Höhle, dank ihrer Lage, zuverlässige Mittel besitzen.

Discussion:

Friedrich (Kiel) bestätigt, dass die Skiagraphie für die Diagnose der Stirnhöhleneiterungen nicht einwandsfreie Bilder giebt. Bei Eiterungen, die mit starken Granulationsbildungen einhergehen, kann eine solche Verdunklung eintreten, dass Tumoren der Höhle, ihrer vorderen Knochenwand oder dergleichen vorgetäuscht werden.

Albrecht (Berlin) bestätigt die Ausführungen Friedrich's.

R. Hoffmann (Dresden) hat sich bei seinen Ausführungen über den Werth der Röntgenstrahlen für die Diagnose der Stirnhöhleneiterungen auf die Untersuchungen Killian's und Goldmann's gestützt. Eigene Erfahrungen hat derselbe nur in beschränktem Maasse.

Gerber (Königsberg) hat im Anschluss an seinen Vortrag bereits Röntgenaufnahmen gezeigt, aus denen deren Werth als diagnostisches Hülfsmittel zu erkennen war. Am Kiefer kann dieses auch für die Differentialdiagnose zwischen Kiefercysten und Kieferempyemen ausgezeichnet verwerthet werden. Tumoren können im Röntgenbild dieselben Veränderungen hervorbringen wie Eiterungen.

Theodor Barth (Dresden): Die Hyperämie ist bei der Deutung von Röntgenaufnahmen zu berücksichtigen, sie ist öfters als Grund für die Verdunklung anzusprechen.

Albrecht erklärt im Schlusswort, dass er die Hyperämie nicht für so bedeutungsvoll für die Schattenbildung auf dem Skiagramm hält, dass vielmehr auch bei der durch Schleimhautveränderungen bedingten Verschleierung diese mehr auf Kosten der Schwellung und Infiltration als der Hyperämie zu setzen ist.

6. Imhofer (Prag): Musikalisches Gehör bei Schwachsinnigen.

Imhofer untersuchte 70 Zöglinge der Prager Erziehungsanstalt für Schwachsinnige „Ernestinum“ bezüglich ihres musikalischen Gehörs und kam zu dem

Resultate, dass bei der Mehrzahl der Idioten der Musiksinn sehr gut ausgeprägt ist. Zum mindesten äussert sich dieses musikalische Gefühl durch Aufmerksamkeit gegenüber der Musik, durch rhythmische Bewegungen etc. Nur spielt auch bei der musikalischen Bethätigung des Idioten die den Oto-Rhinologen wohlbekannte Aprosexie eine grosse Rolle, insofern als bei richtig begonnenen Melodien bald die Tonhöhenfolge verloren geht und nur der Rhythmus übrig bleibt, der schliesslich ebenfalls schwinden kann. Auch Schwerhörigkeit im physiologischen Sinne kann, wie es auch für den normalen Menschen bekannt ist, das musikalische Gehör vollkommen intact lassen. Der Stimmumfang des Schwachsinnigen ist herabgesetzt. Vortragender constatirte, dass seine Befunde bei Schwachsinnigen bezüglich der Tenacität des Rhythmus gegenüber pathologischen Einflüssen mit den von Alt („Melodientaubheit und musikalisches Falschhören") niedergelegten Erfahrungen übereinstimmen. Schliesslich empfiehlt er, ohne der Musik den ihr fälschlich beigelegten heilenden Einfluss auf Psychosen zuschreiben zu wollen, intensive Pflege der Musik in Idiotenanstalten und lässt die Möglichkeit offen, manchen Schwachsinnigen auf diesem Wege eine Erwerbsmöglichkeit zu schaffen.

Discussion:

Gutzmann (Berlin): Es giebt versatile Idioten, bei denen besonders musikalische Eindrücke mit starker Rhythmik so lebhafte und automatische Bewegungen auslösen, dass die Kinder in grösste Aufregung gerathen. Andererseits kann in manchen Fällen an einer beruhigenden Wirkung der Musik nicht gezweifelt werden. G. ist für Individualisirung bezüglich der Anwendung der Musik für die Erziehung der Idioten.

Goldschmidt (Reichenhall) hat die Bemerkung gemacht, dass eine gewisse musikalische Stumpfheit auf einen gewissen Grad von geistiger Minderwerthigkeit schliessen lässt.

Imhofer (Schlusswort): J. verweist bezüglich Gutzmann's Einwänden auf eine Beobachtung von beruhigendem Einfluss der Musik bei einem versatilen Idioten. Gegenüber Goldschmidt betont er noch einmal das Zusammentreffen geringer geistiger Begabung mit auffallendem musikalischen Sinne.

7. Gutzmann (Berlin): Zur Behandlung der Mundathmung.

Vortragender schlägt eine active Uebung der durch das chronische Offenhalten des Mundes auch nach Beseitigung des Hindernisses der Nasenathmung bestehenden schwachen Schliessmuskulatur des Mundes vor. Hierzu benutzt er kleine runde Stifte aus Hartgummi mit aufgesteckten Plättchen, welche hin- und hergeschoben werden können. Die Stifte müssen mit der Mitte der Lippen gefasst und längere Zeit in horizontaler Lage gehalten werden. Die kleinen Plättchen oder Scheiben, die auf dem Stift hin- und hergeschoben werden können, sind dazu angebracht, dass das Gewicht des zu haltenden Stabes verändert werden kann. Es ist klar, dass je näher die Scheibe den den Stift haltenden Lippen liegt, desto geringer die Anstrengung des Lippenschlusses und umgekehrt ist. Vortragender hat gute Resultate durch sein Uebungsverfahren gesehen, besonders auch bei einigen schwachsinnigen Kindern, bei denen die Unterlippe weit herabgehangen hatte. Nicht nur der Lippenschluss wurde erzeugt, auch die Lippen

wurden schliesslich dünner, so dass die Gesichter verschönt wurden. Die Uebungen werden mehrere Male täglich vorgenommen, jedesmal in einer Sitzung von ungefähr 10—15 Minuten.

8. R. Hoffmann (Dresden): Osteoplastische Operationen bei chronischen Stirnhöhleneiterungen mit Krankenvorstellung.

R. Hoffmann demonstrirt eine Reihe von Kranken, die vor längerer Zeit wegen chronischer Stirnhöhleneiterung osteoplastisch operirt wurden. Derselbe weist darauf hin, dass das Verfahren nicht anwendbar ist bei cerebralen und orbitalen Complicationen, sowie wenn die Stirnhöhle einen ausgesprochenen orbitalen Recessus hat. Die kosmetischen Resultate der Fälle sind ausgezeichnet, die Narbe auch auf kurze Distanz nicht sichtbar und auch palpatorisch kaum nachzuweisen.

Discussion:

Löwe (Berlin) betont, dass es nicht angängig sei, bei Stirnhöhlen mit sehr ausgedehnten Recessen den Stirnhöhlenboden wegzunehmen, weil man da den Orbitalinhalt nicht in toto vom Orbitaldach abzudrängen vermöge.

9. Kuhn (Cassel): Weiteres zur peroralen Tubage mit Demonstrationen.

Für den Laryngologen kommt das Verfahren in Frage:

1. Zunächst für alle grösseren und blutigeren Operationen in Narkose auf dem Gebiete der Nasenchirurgie.

2. Für alle Höhlenchirurgie am Oberkiefer, Siebbein, Keilbein, sofern in Narkose operirt wird.

3. Für die Rachenchirurgie, wie Redner bereits in Heidelberg dargelegt hat.

Zu alledem kommt als ein grosses Hauptcapitel noch ein Grenzgebiet zwischen Laryngologie und Chirurgie, das ist das Gebiet der Mundbodenchirurgie, einschliessend die Chirurgie des Zungengrundes, der Epiglottis, der Tonsillen. Bekanntlich vermögen bei malignen Erkrankungen dieser Gebiete nur sehr umfangreiche Eingriffe, vor allem mit Einschluss aller Drüsen etwas Erkleckliches, Dauerhaftes zu leisten. Durch den Mund sind diese selten ausreichend ausführbar; besser sind die Verfahren durch den Unterkiefer oder unterhalb desselben. Mag man nun nach Langenbeck oder Kocher, Bergmann oder subhyoidal vorgehen, stets ist die perorale Intubation ein grosser Vortheil, denn in jedem Falle

1. erleichtert sie in hohem Maasse die Narkose, vereinfacht sie und lässt sie continuirlich werden;

2. lässt sie allen Lagewechsel, hängenden Kopf etc. entbehren, vereinfacht also abermals das Vorgehen;

3. bietet alle Garantien für die Vermeidung der Blutaspiration;

4. durch die Ungenirtheit des Vorgehens und die Ruhe des Operateurs giebt sie dem Operateur eine gute Uebersicht über das Operationsterrain;

5. dabei gestattet sie, in Folge der Auseinanderziehbarkeit der Theile mit viel geringerer Verletzung von Nachbarorganen durchzukommen als die Voroperationen weniger eingreifend zu gestalten.

6. Infolgedessen ist auch die Nachbehandlung leichter, der Schluckact besser, die Expectoration leichter.

Die perorale Intubation dürfte am ehesten bei einem subhyoidalen Vorgehen zu entbehren sein (Langenbeck, Gluck). Bei der Larynxexstirpation (Gluck) kommt sie nicht in Frage.

Discussion:

Imhofer (Prag) fragt an, ob nicht gelegentlich der Tubage Decubitus eintreten könne, was Kuhn verneint.

Rosenberg (Berlin) schliesst sich Kuhn an.

Max Mann (Dresden): Wie verhält sich der Tubus beim Erbrechen?

Kuhn: Erbrechen wird durch die Intubation unterdrückt (Schluss der Rima glottidis).

R. Hoffmann (Dresden) fragt an, ob die Nachwirkungen nach dieser Methode mildere sind.

Kuhn: Die Narkose ist nach Tubage leichter, kleine Mengen Chloroform reichen aus.

Kuhn: Schlusswort.

Sitzung vom 18. September, Nachmittags $^{1}/_{2}3$ Uhr.

Vorsitzender: Gerber (Königsberg).

1. Imhofer (Prag): Demonstration eines Tumor cavernosus des Stimmbandes im Anschluss an die Vormittags-Discussion Rosenberg (Berlin).

2. Scherer (Bromberg): Salzsäuremangel bei Nebenhöhleneiterung.

Da über den Zusammenhang zwischen Nebenhöhleneiterungen und organischen Erkrankungen des Magens in der Literatur wenig Positives zu finden ist, berichtet Vortragender über folgende Fälle: Bei einem jungen Mädchen bestand eine chronische Kieferhöhleneiterung, daneben viel Magenbeschwerden. Die genaue Untersuchung des Mageninhaltes ergab vollständiges Fehlen freier Salzsäure, reichlich Milchsäure, wenig Buttersäure, daneben verschiedene Fäulnissbakterien und Gährungserreger. Die krankhaften Magenbefunde und subjectiven Beschwerden verschwanden nach Behandlung der Kieferhöhlenerkrankung dauernd. In einem Falle von Ozaena, wo ebenfalls Fehlen freier Salzsäure und reichliche Milchsäure festgestellt wurde, brachten entsprechende Diät und regelmässige Magenspülungen keine Besserung. Die Zustimmung zu einer gründlichen Behandlung des Nasenleidens, die wohl zu einer Beseitigung des Magenleidens geführt haben würde, wurde von der Patientin nicht gegeben. Vortragender fordert zu weiteren Beobachtungen auf.

Discussion: Rosenberg (Berlin) weist auf die allgemein bekannte Thatsache hin, dass durch Verschlucken von Eiter bei Naseneiterungen Verdauungsstörungen verursacht werden, worauf auch im Boas'schen Archiv für Verdauungskrankheiten Treitel aufmerksam gemacht hat.

3. Kügler (Schweidnitz): Zur Behandlung der chronischen Oberkiefereiterung.

Vortragender demonstrirt ein von ihm construirtes Instrument, Vereinigung von Stanze und Troikar, mit welchem leicht in der lateralen Nasenwand des unteren Nasenganges ein beliebig grosses Loch angelegt werden kann. Das Instrument soll anderen Orts näher beschrieben werden.

Discussion:

Krebs ist für Ausspülung des Kieferhöhle von der natürlichen Mündung.

R. Hoffmann (Dresden): Bei Kieferhöhleneiterung zunächst Entfernung der cariösen Zähne und Punction vom unteren Nasengange. Heilt die Kieferhöhle so nicht aus, dann Freilegung der Höhle intranasal im unteren Nasengange, wenn dies keinen Erfolg hat, dann Radicaloperation nach Denker mit Entfernung der Schleimhaut, aber Erhaltung der unteren Muschel.

Rosenberg (Berlin) empfiehlt Operation vom unteren Nasengange mit Meissel und Hammer.

Gerber (Königsberg) bevorzugt den mittleren Nasengang zur Punction der Kieferhöhle und empfiehlt bei Radicaloperation völlige Entfernung der Nebenhöhlenschleimhaut.

Imhofer (Prag) weist bei Punction vom mittleren Nasengang auf die Möglichkeit der Verletzung der Orbita (Hajek) hin.

4. R. Panse (Dresden): a) Erklärung von Instrumenten.

1. Ein leicht am Stirnspiegel anzubringendes und mit einem Handgriff wieder zu entfernendes Aluminiumschutzblech gegen Aushusten und Spucken.
2. Sterilisirbare Ansätze an Pulverbläser für Nase und Hals.
3. Einen Trichter für Narkose durch die Nase bei Gesichtsoperationen.
4. Eine Verbindung von Gottstein's und Beckmann's Ringmesser.

b) Ueber Nasenspülungen:

Vortragender lässt Nasenspülungen derart machen, dass ein gewöhnliches Wasserglas gefüllt an ein Nasenloch gesetzt und durch leichtes Rückwärtsneigen der Inhalt eingegossen wird. Da kein Druck vorhanden, ist kein Eindringen des Wassers in die Tube zu befürchten. Laues Salz- bis allmählich kaltes Wasser bringt einfache Muschelschwellungen zum Schwinden. Beifügung von Natron und Brunnensalzen bei Borkenbildung.

Discussion:

Barth (Leipzig) empfiehlt Gurgelungen des Nasenrachenraumes.

Rosenberg ist für Anwendung der Clysopompe zum Ablösen von Borken.

Blumenfeld verwirft Nasenspülungen.

Kayser trägt Bedenken gegen die Erklärung Panse's, die Nasenschleimhaut wie die Haut durch kaltes Wasser abzuhärten, da die Nasenschleimhaut gegen Temperaturreize anders als die Haut reagirt.

Imhofer weist auf heisse Nasenspülungen hin (s. Annales des maladies des oreilles).

Panse: Schlusswort.

5. Gutzmann (Berlin): Ueber normale und pathologische Sprachaccente.

Man unterscheidet gewöhnlich drei Accente: den musikalischen, den dynamischen und den zeitlichen. Der Vortragende bespricht die verschiedenen Verfahren der Aufnahme dieser drei Accente in der normalen Sprache sowohl wie bei den verschiedenen Sprachstörungen. Während die durchschnittliche Sprechtonhöhe bei erwachsenen Männern von A bis e, bei Frauen und Kindern von a bis e' reicht, umfasst der musikalische Accent der gewöhnlichen ruhigen Sprechweise nur eine Terz, ab und zu eine Quart, manchmal eine Quint. Sowohl die durchschnittliche Sprechtonhöhe wie die Cadenzen werden ausserordentlich erhöht bei allen spastischen Störungen der Sprache und Stimme; nur bei Gaumenspalten findet man eine Vertiefung. Der dynamische Accent wird schwer mittels unsres Gehörs beurtheilt. Objective Messungen sind hier zuverlässiger, allerdings sind die directen Messungen der Stimmstärke sehr umständlich und der Vortragende schlägt vor, sich vorwiegend auf die Messung der Bewegungen an den verschiedenen Stellen des Articulationsrohres, nach seinen Beobachtungen den Stimmstärken besonders entsprechenden (Kehlkopfbewegung) zu beschränken. Auch hier zeigt sich bei den spastischen Sprachstörungen gewöhnlich eine bedeutende Vergrösserung des dynamischen Accentes.

Endlich ist der zeitliche Accent bisher noch wenig Gegenstand der systematischen Untersuchung gewesen. Das Verhältniss von Vokal zu Konsonant ist jedenfalls so, dass der Vokal überwiegt. Bei pathologischen Verhältnissen treten bestimmte Veränderungen dieser zeitlichen Verhältnisse ein, so beim Stottern eine Verschiebung zu Gunsten der konsonantischen Elemente.

Zum Schluss hebt der Verfasser hervor, wie aus der sorgsamen, besonders der graphischen Untersuchung sich nicht nur ganz bestimmte leicht ersichtliche Indicationen für die Therapie der Stimm- und Sprachstörungen ergeben, sondern wie sich auch mittels derselben eine ständige Controle des erzielten therapeutischen Effectes bewirken lässt.

Discussion: Barth (Leipzig).

6. Gutzmann: Zur Diagnose und Therapie der Sigmatismen.

Vortragender bespricht zunächst kurz die Bildung der normalen S-Laute, um sodann zu den verschiedenen Formen des Lispelns (Sigmatismus) überzugehen. Ausser den bekannten Formen beobachtete er zwei weitere: eine, bei der die Zungenspitze zu weit nach hinten gelegt wird und anstatt des „S“ eine Art „Sch“ gehört wird: Sigm. retrodentalis und eine, bei welcher der vordere Zungenrand dicht an die geschlossenen Zahnreihen herangedrückt wird. Der akustische Effect ist in dem letzteren Falle derselbe wie beim gewöhnlichen Lispeln (Sigm. interdentalis). Nur die genauere Diagnose der einzelnen Lispelformen giebt die Möglichkeit einer erfolgreichen Behandlung. Zur Diagnose benutzt G. einerseits die Prüfung der

Luftstromrichtung und -stärke bei der Aussprache der S-Laute, andererseits gewisse Färbmethoden. Er färbt den Gaumen mit Ultramarinblau, das bei der Aussprache des S an den Stellen von der Zungenoberfläche aufgenommen wird, wo diese den Gaumen berührt. Daraus beurtheilt er die Zungenlage. Zur Behandlung verwendet er verschiedene dem Einzelfalle entsprechend gekrümmte Sonden.

---

c) Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte zu Leipzig.

Sitzung am 4. Mai 1907.

1. Trautmann demonstrirt einen Fall von Lähmung des linken Musc. posticus laryngis, des weichen Gaumens und der Rachenwand, auf der gleichen Seite, ohne bekannte Ursache plötzlich entstanden und ohne Behandlung in 3 Wochen wieder geheilt. Es bestand gleichzeitig eine subacute Mittelohreiterung ohne Complication. Sensibilität des Rachens und Kehlkopfes herabgesetzt, geringe Schmerzen an der linken Halsseite. Nervenstatus und Augenhintergrund ohne Besonderheiten; Puls und Athmung normal. T. hält die Erkrankung für eine Neuritis n. vagi, das Zusammentreffen mit der Mittelohreiterung als zufällig.

2. Lauff's zeigt zwei Fälle von stürmisch einsetzender Stirnhöhleneiterung, welche der Klinik zur Operation zugewiesen waren, bei welchem aber die endonasale Behandlung genügte. In dem einen bestand Fieber bis 38,4 ^{0}, sehr starke Schmerzen, Periostitis der facialen und orbitalen Stirnbeinwand, hochgradiges Oedem des oberen Augenlides und Exophthalmus. Heilung nach drei Wochen unter täglichen Ausspülungen. Ausserdem Vorstellung eines Mannes mit anfallsweise auftretendem hysterischen Spasmus laryngis bei gleichzeitiger chronischer Laryngitis, bei welchem anderwärts schon die Ausführung der Tracheotomie beabsichtigt war.

Barth.

VI. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Prof. O. Chiari (Wien) ist zum k. k. Hofrath ernannt worden.

Eine Stilblüthe.

Dem Katalog eines medicinischen Buchhändlers entnehmen wir folgendes köstliche Stilpröbchen:

„Wir kaufen jederzeit laryngologische und otologische Zeitschriften, Monographien, sowie auch alle anderen medicinischen Specialgebiete (!) zu angemessenen Preisen.“

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, Februar. 1908. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **A. Schönemann** (Bern). **Bericht über die Thätigkeit meines oto-rhino-laryngologischen Privatambulatoriums vom 1. October 1905 bis 1. April 1907 mit anschliessenden klinisch-casuistischen Betrachtungen.** *Mit 1 Abbildg. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 7. 1907.*

Bericht über einen Fall von „Meningitis cerebrospinalis purulenta nach Adenotomie, Exitus letalis" bei einem 11jährigen Knaben. Die Ursache der Meningitis konnte nicht nachgewiesen werden, die ersten meningitischen Erscheinungen traten 14 Tage nach der Adenotomie auf; Autopsie wurde nicht gestattet.

Die übrigen kasuistischen Mittheilungen sind otologischer Natur. HECHT.

2) **Charles Graef. Einige den Practiker interessirende Punkte bei Hals-, Nasen- und Ohrenaffectionen der Kinder. (Some points in ear, nose and throat conditions in children of interest to general practitioners.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

Verf. bespricht den Einfluss acuter Rhinitis und adenoider Vegetationen auf die Entstehung acuter Mittelohrentzündungen. Er stellt die Behauptung auf, dass für die Aetiologie der adenoiden Wucherungen das Saugen des Kindes an Gummipfropfen in Betracht komme: es entstände eine Deformität des nasalen und pharyngealen Raumes und ein partielles Vacuum, das die Natur auszufüllen strebe (!) Er bespricht ferner die Mandelhyperplasie, den spastischen Croup und die Fremdkörper der Nase. LEFFERTS.

3) **Sendziak** (Warschau). **Ueber den Zusammenhang von Störungen in den oberen Luftwegen mit Krankheiten des Circulationsapparates.** *Med. Klinik. No. 10. 1907.*

Interessante Abhandlungen der einschlägigen Verhältnisse. SEIFERT.

4) **Huber. Fall von Lupus der oberen Luftwege.** *Orvosi Hetilap. No. 1. 1907.*

Weicher Gaumen, Uvula, Gaumenbogen, Rachen voll von Lupusknötchen. Epiglottis himbeerartig, stark geschwollen. Valleculae und Sinus piriformes voller Lupusknötchen. v. NAVRATIL.



5) **Wolters** (Rostock). **Die Heilung eines Falles von primärer, ascendirender Schleimhauttuberculose der oberen Luftwege durch Jod und Quecksilber.** *Dermatolog. Zeitschr. XIV. 9. 1907.*

Eine 33jährige Frau mit Tuberculose des Schlundes und des Kehlkopfes konnte durch interne Jodkali-Medication und Hg-salicyl.-Injectionen ohne jede Localtherapie geheilt werden. Die Diagnose auf Tuberculose wurde durch das Thierexperiment (Theile der Epiglottis Meerschweinchen intraperitoneal geimpft). sowie durch die histologische Untersuchung excidirter Stücke der Epiglottis sicher gestellt.

SEIFERT.

6) **K. Grünberg** (Rostock). **Zur Jod- und Quecksilberbehandlung der Tuberculose in Nase, Schlund und Kehlkopf.** *München. med. Wochenschr. No. 34. 1907 und N. Y. Medical Journal. 14. September 1907.*

Bezugnehmend auf seine frühere Mittheilung, in der er den curativen Einfluss des Jodkaliums auf die primäre Tuberculose der oberen Luftwege an einer Reihe Fälle der Körner'schen Klinik berichtete, schildert Autor „einen Fall von absolut sicherer schwerer Tuberculose des Gaumens, des Pharynx und namentlich des Kehlkopfs . ., bei dem die Hg-Behandlung einen geradezu überraschenden Einfluss ergab". Unter eingehender Erörterung der einschlägigen Literatur, namentlich der Beobachtung von Avelino Martin kommt G. zu dem Schlusse, dass wir „endlich mit der Anschauung brechen müssen, dass die Lues die alleinige Domäne für die Jk.-Hg-Therapie abgebe" und zugestehen müssen, „dass es auch tuberculöse Processe gebe, welche durch die gleichen Mittel günstig beeinflusst und zur Heilung geführt werden können".

HECHT.

7) **Gustav Spiess** (Frankfurt a. M.). **Die therapeutische Verwendung des negativen Drucks (Saugwirkung) bei der Behandlung der trockenen und atrophischen Katarrhe der Nase und des Rachens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie Bd. 17. S. 179.*

Spiess hat einen besonderen Apparat construirt — eine kleine durch einen Elektromotor betriebene Luftpumpe, die an ihrem unteren Ende durch einen Dreiwegehahn in drei Rohransätze endigt — mit welchem er an jeder Stelle der Nasen- und Rachenschleimhaut eine in ihrer Intensität abstufbare Saugwirkung ausüben könne. Die trockene Schleimhaut erscheint nach dem Ansaugen intensiv roth, feucht und glänzend; die Wirkung hält erst nur einige Stunden, bei öfterer Wiederholung Tage lang an, um schliesslich in Dauerheilung überzugehen. — Spiess empfiehlt seinen Apparat auch bei Erkrankungen der Nebenhöhlen zur Ansaugung etwa vorhandenen Secretes als diagnostisches Hilfsmittel.

F. KLEMPERER.

8) **P. Hellat. Wärme als Heilmittel bei Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten. (Teplo kak letschebnoje sredstwo pri uschnich, nosowich i gerlowich bolesnjách.)** *Nowoje w Medizine. No. 10. 1907.*

Vortrag, gehalten zum X. Pirogow-Congress. Kurz im Sitzungsberichte referirt.

P. HELLAT.

9) **Friedmann** (München). **Kollargol und seine Anwendung bei Ohren-, Nasen- und Halserkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1907.*

In 1—5proc. Lösung ist Kollargol ein vorzügliches Mittel zu Pinselungen oder Injectionen bei den acuten und chronischen Affectionen der oberen Luftwege. Autor empfielt das Kollargol als vorzüglichen Ersatz des Höllensteins; neben seinen antiseptischen Fähigkeiten wirkt es anämisirend und schmerzlindernd. Auch bei Affectionen der Nasennebenhöhlen hat es sich nach Verf. vielfach bewährt.

HECHT.

10) **Rudolf Emmerich** (München). **Die Pyocyanase als Prophylacticum und Heilmittel bei bestimmten Infectionskrankheiten.** *Mit 1 Abbild. und 4 Curven. Münch. med. Wochenschr. No. 45 u. 46. 1907.*

Die Pyocyanase, ein in Pyocyaneus-Culturen gebildetes bakteriologisches Enzym lässt sich in bakterienfreier, concentrirter Lösung gewinnen und besitzt die Fähigkeit, eine grosse Reihe der verschiedenartigsten Bacillen, darunter auch den Diphtheriebacillus, in grossen Mengen und in kurzer Zeit abzutödten und aufzulösen. Die mit Pyocyanase vorgenommenen Versuche brachten in therapeutischer und prophylactischer Richtung bei der Diphtherie überraschende Erfolge. Die gleiche Wirkung wie dem Diphtheriebacillus gegenüber entfaltet die Pyocanase auch auf Strepto- und Staphylokokken, so dass — als Vorzug vor dem Diphtherieserum — auch die schweren, septischen Diphtherien durch sie äusserst günstig beeinflusst werden. Ausserdem entfaltet das proteolytische Enzym der Pyocyanaselösung eine membranauflösende, trypsinähnliche Wirkung, sodann zeigt sich noch eine specifische, die Restitution der Schleimhaut unterstützende, vielleicht chemotactische Heilwirkung. In mehreren Kapiteln berichtet Autor über seine Versuche und Erfolge, die durch Pfaundler, Zuelzer und Escherich nachgeprüft wurden, und deren Resultate gleichfalls in der Arbeit mitgetheilt und erörtert werden. Die einzelnen Kapitel behandeln: 1. „Die Behandlung der Diphtherie mit Pyocyanase“, 2. „Die experimentellen Grundlagen der Pyocyanasebehandlung der Diphtherie“, 3. „Die Methode der Pyocyanasebehandlung der Diphtherie“ und 4. Eingehender Bericht und epikritische Würdigung einer grösseren Reihe von Krankengeschichten, deren Studium den erstaunlichen Erfolg der neuen Emmerich'schen Therapie vor Augen führt. Die therapeutische Verwerthung der Pyocyanase geschieht durch mehrmals im Tage zu wiederholendes Aufsprayen der Pyocyanase-Lösung auf die erkrankten Theile, in der Zwischenzeit eventuell auch Gurgelungen mit Pyocyanase-Lösung. Bezüglich weiterer Details der interessanten Arbeit muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

11) **Weissmann** (Lindenfels). **Ueber Versuche mit Formaminttabletten.** *Aerztl. Rundschau. No. 44. 1907.*

Die klinischen Beobachtungen des Autors zeigen, dass Formamint sich bei infectiösen Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle als durchaus brauchbares Mittel erweist.

SEIFERT.

12) **F. E. Miller. Localanästhesie bei Nasen- und Ohrenoperationen. (Local anesthesia for nasal and aural operations.)** *N. Y. Medical Record. 9. März 1907.*

Nichts wesentlich Neues enthaltende Angaben über Cocain-Adrenalin-Anästhesie. LEFFERTS.

13) **Bonain. Mischung zur Localanästhesie bei Operationen am Ohr, Nase und Kehlkopf. (Mixture for producing local anaesthesia for operations on the ear, nose and larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 24. August 1907.*

B. hat im Jahre 1898 zur Anästhesirung des Trommelfells eine Combination empfohlen, bestehend aus gleichen Theilen crystallisirten Menthols, Cocain. hydrochlor. und reiner weisser Carbolsäure. Werden diese zusammen in einem Mörser gerieben, so giebt es eine Mischung von Syrupconsistenz. Cousteau und Lafay haben dazu Adrenalin. hydrochlor. im Verhältniss von 1 : 1000 hinzugefügt, wodurch der anästhetische Effect gesteigert und die Gefahr einer Cocainintoxication verringert wird. Bei Operation in Nase und Hals empfiehlt sich, vorher mit einer 1proc. Cocainlösung zu pinseln, um dann die Application der stärkeren Lösung weniger unangenehm zu gestalten. Verf. hat diese Lösung in den letzten Monaten in hunderten von Fällen zur völligen Zufriedenheit angewandt. Die Lösung hat den Vortheil, dass sie im Pharynx nicht die unangenehmen Empfindungen hervorruft, wie die gewöhnliche Cocainlösung. LEFFERTS.

14) **Rich. Loewenberg** (Berlin). **Zur Anästhesirung der Schleimhaut der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 358.*

L. hat eine Spritze construirt, die das Princip der Spritze mit dem des Tamponträgers combinirt. Die Ansatzstücke sind mit Watte armirt, welche durch Drehen der Kolbenstange mit der in der Spritze befindlichen Cocainlösung sich durchtränkt. Das als „Cocainophor" bei Louis und H. Löwenstein (Berlin) käufliche Instrument dient der Ersparniss an Cocain. F. KLEMPERER.

15) **G. Paludetti. Das Stovain. Seine Anwendung in der Oto-Rhino-Laryngologie. (La stovania. Sue applicazioni in Oto-Rino-Laringoiatria.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica di Roma. 1906.*

Als Hauptvorzug dem Cocain gegenüber wird die geringe Giftigkeit des Stovains gerühmt. FINDER.

16) **Stein** (Wiesbaden). **Hart- oder Weichparaffin.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 45. 1906.*

Der Autor betont, „dass es sich heute gar nicht mehr darum handelt, ob man Hart- oder Weichparaffin nimmt, sondern vielmehr darum, ob man das Paraffin überhaupt in flüssigem oder in festem Zustande in den Körper einbringt."

Emboliefälle lassen sich nach Ansicht des Verf. vermeiden bei 1. Verwendung kalten, nichtflüssigen Injectionsmaterials, 2. Beschränkung der einmaligen Injectionsmenge auf höchstens 2—3 ccm, 3. Vertheilung der einzelnen Injectionen auf mehrere zeitlich weit auseinanderliegende Sitzungen. ALBANUS (ZARNIKO).

17) **Eckstein** (Berlin). **Entgegnung auf obenstehende Bemerkungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 45. 1906.*

Der Autor betont, dass er Hartparaffin, d. h. ein Paraffin von hohem Schmelzpunkt entweder injicire oder in hartem Zustande implantire. Wie es in den Körper hineinkomme sei gleichgültig, die Hauptsache sei, dass wirkliches Hartparaffin benutzt würde.

ALBANUS (ZARNIKO).

18) **Stein** und **V. Saxtorph** (Kopenhagen). **Eine neue Paraffinspritze nebst Bemerkungen über Paraffinschmelzpunkte. (En ny Paraffinspröcte og Bemarkninger om Paraffinsmeltepunkter.)** *Hosp. Tidende. 1907.*

Die Arbeit ist hauptsächlich im Archiv für Laryngologie, 19. Band, S. 530, 1907 wiedergegeben.

E. SCHMIEGELOW.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **Burchardt** (Bonn). **Die Luftströmung in der Nase unter pathologischen Verhältnissen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 123.*

B.'s Untersuchungsmethode war folgende: An einem sagittal halbirten Schädel wurden die Weichtheile mit Gyps modellirt und an Stelle des Septums eine Glasplatte angebracht; mittels einer Luftpumpe wurde Rauch durch die Nase aspirirt und so der Weg des Luftstroms objectiv und unmittelbar sichtbar gemacht.

Mittels dieser Methode stellte B. fest, dass die normale Luftströmung durch geringfügige Anomalien im Bau des Naseninnern nicht nachweisbar beeinflusst wird, dass aber gröbere Veränderungen — ausgesprochene Hyperplasien, Fehlen der Muscheln oder eines grösseren Theiles derselben, Tumoren der Nase oder des Rachens — im Stande sind, die Bahn der Ein- und Ausathmungsluft erheblich abzulenken. Im Allgemeinen treten an Stellen, wo dem Luftstrom grössere Hindernisse entgegenstehen, Wirbel auf, während hinter derartigen Hindernissen die Luft stagnirt. Bei Defecten ganzer Muscheln wird die Bahn des Luftstroms in toto verschoben. Durch die Veränderung der Luftbewegung werden die physiologischen Aufgaben der Nasenathmung, die Reinigung der Athmungsluft, ihre Anwärmung und Anfeuchtung, erschwert und geschädigt. Für die Praxis ergiebt sich daraus der Schluss, dass destructive Operationen in der Nase, wie z. B. die Entfernung einer Muschel oder des grösseren Theiles einer solchen, nicht zu den indifferenten Eingriffen zählen dürfen.

F. KLEMPERER.

20) **L. Rethi. Bemerkung zu vorstehender Publication.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 367.*

R. hat vor 5 Jahren bereits mittels ähnlicher Methode wie Burchardt die Luftströmung in pathologisch veränderten Nasen untersucht und ist im Wesentlichen zu den gleichen Resultaten gelangt wie Burchardt.

F. KLEMPERER.

21) **C. Hawthorne. Recidivirende Epistaxis mit multiplen Telangiectasien der Haut. (Recurring epistaxis with multiple telangiectases of the skin.)** *Lancet. 13. Januar 1906.*

49jährige Frau hat rothe Flecken im Gesicht und an den Fingerspitzen seit

ihrer Kindheit. Sie hatte wiederholt Nasenbluten; ein Bruder und Schwester bieten ähnliche Erscheinungen dar. Jedes ihrer neun Kinder leidet an häufigem Nasenbluten. Eine Untersuchung der Nase konnte nicht vorgenommen werden.

ADOLPH BRONNER.

22) **Wiesner. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 15. September 1906.*

W. empfiehlt folgendes Pulver zu schnupfen:

Rp. Antipyrin 0,5
Acid. tannic. 1,0
Sacch. pulv. cr. 10,0.

LEFFERTS.

23) **Rabasa** (Barcelona). **Ein Fall von vicariirendem Nasenbluten. (Un caso de epistasis vicariante.)** *Rivista Barcelonesa de laringologia. No. III.*

Fall von Nasenbluten, das vicariirend für die Menses eintrat.

TAPIA.

24) **Anton Wiesner. Epistaxis bei Hämophilie. (Epistaxis in Haemophilia.)** *N. Y. Medical Journal. 3. Februar 1906.*

Neben der localen Behandlung empfiehlt Verf.:

Rp. Calcium chloric. 4 Theile
Syrup. papaveris 20 Theile
Aqua dest. 100 Theile.

Theelöffelweise im Laufe des Tages zu nehmen.

Auch Gelatine in Geléeform, durch Zusatz von Orangensyrup schmackhaft gemacht, kann in grossen Dosen gegeben werden.

LEFFERTS.

25) **Felix Miodowski** (Breslau). **Ueber die Betheiligung der Nasenschleimhaut bei septischen Zuständen, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese des „unstillbaren" Blutens.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 249.*

In 2 Fällen von allgemeiner Sepsis constatirte Verf. bei der Section eine bakterielle Erkrankung der Nasenschleimhaut; in dem einen Falle war dieselbe die Quelle eines unstillbaren septischen Nasenblutens gewesen, welches den Tod mit verschuldet hatte. Das Wesen der Erkrankung bildeten Hämorrhagien und Nekrosen, entzündliche Erscheinungen fehlten.

F. KLEMPERER.

26) **E. Leech. Salicylismus und Epistaxis. (Salicylism and epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 11. Mai 1907.*

Anlässlich mehrerer während einer Influenzaepidemie beobachteter Fälle von Nasenbluten spricht Verf. die Vermuthung aus, dass letzteres mehr auf Rechnung der verabreichten Salicylpräparate als auf die Krankheit selbst zurückzuführen sei: es könne auch sein, dass nur unreine Präparate an dem Nasenbluten schuld sind.

LEFFERTS.

27) **V. de Cigna. Beziehung zwischen Epistaxis und Hirnblutung. (Rapporto tra epistassi ed emorragia cerebrale.)** *Clinica Moderna. 3. Juli 1907.*

Verf. hat 26 Fälle gesammelt, in denen längere oder kürzere Zeit nach dem Nasenbluten Gehirnblutungen auftraten; es ist dies der Fall bei arteriosklerotischen

oder plethorischen Individuen. Bei diesen muss man wiederholtes Nasenbluten als ein prämonitorisches Zeichen auffassen und auf die Prophylaxe einer Hirnblutung bedacht sein.

FINDER.

28) S. **Prior** (Dänemark). **Doppelseitige Unterbindung der Carotis communis wegen postoperativer Epistaxis. (Dobbeltsidig Underbinding af Carotis communis for postoperativ epistaxis.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 46. 1907.*

8 Tage nach galvanocaustischer Entfernung der Concha inferior sinistra trat bei einem 24jährigen Mädchen starke Blutung von der linken Seite, die nicht durch Tamponade gestillt werden konnte, auf. Wegen Indicatio vitalis wurde Ligatur und Durchschneidung der Carotis communis sinistra gemacht. Die Blutung stand gleich, aber fing wieder nach 11 Tagen an. Trotz Tamponade ständig Blutung, nun Ligatur und Durchschneiden der rechten Carotis communis. Keine unangenehme Folgen.

E. SCHMIEGELOW.

29) **Nordentoft Severin** (Dänemark). **Bemerkungen zu den Mittheilungen des Herrn Dr. Prior über die doppelseitige Unterbindung von Carotis communis bei postoperativer Epistaxis. (Bemärkninger i Anledning af Hr. Laege Prier's Meddelelse om dobbeltsidig Underbinding af Carotis communis for postoperativ Epistaxis.)** *Ugeskrift for Laeger. 5. December 1907.*

Kritisirt mit Recht die Berechtigung des Dr. Prior, beide Carotides communes im Falle von postoperativer Epistaxis zu unterbinden; wäre eine Unterbindung überhaupt nothwendig gewesen, sollte man jedenfalls nur die Carotis externa und nicht communis unterbinden.

E. SCHMIEGELOW.

30) B. **Fränkel** (Berlin). **Die Entwickelung der Lehre von der Ozaena.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 52. 1906.*

An seinem 70. Geburtstag erinnert der Autor an seine 1874 verfasste Arbeit über Nasenerkrankungen, speciell über die Ozaena. Er sagte damals, nachdem er die Unterscheidung in atrophirenden und hyperplastischen Katarrh der Nase eingeführt hatte, und indem er die Ozaena dem atrophirenden Katarrh anreihte, dass bei dieser Erkrankung durch den Zellenreichthum, durch die Klebrigkeit, die der Eiweissgehalt in den Secreten bedingt, und die Flüssigkeitsarmuth der Absonderungen, die nun von dem darüberstreichenden Luftstrom ausgetrocknet würden, in der Nase Borken entständen. Dazu käme bei der Ozaena ein Ferment, welches die stinkende Zersetzung in den Borken bedinge. Jedenfalls aber sitze der Gestank in den Borken; wenn man diese aus der Nase entferne, verschwinde der Gestank.

Dann lässt der Autor die meisten Theorien über die Ozaena Revue passiren und constatirt, dass man im Allgemeinen nicht viel über seine damalige Theorie hinausgekommen sei.

Vor Allem sollten die bakteriologischen Studien über die Ozaena, die zugleich über die Uebertragbarkeit Aufschlüsse gewähren würden, fortgesetzt werden. Der Autor selbst hat auf das gehäufte Auftreten in gewissen Familien hingewiesen.

ALBANUS (ZARNIKO).

31) **Lermoyez** (Paris). **Die Contagiosität der Ozaena. (La contagion de l'ozène.)** (B. Fränkel [Berlin] zu seinem 70. Geburtstage gewidmet.) *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1906. N. Y. Medical Journal. 22. December 1906.*

Der Autor versucht die Schwäche sämmtlicher Theorien über die Entstehung der Ozaena nachzuweisen und betont, dass allein die Annahme einer infectiösen Erkrankung sich mit den klinischen Thatsachen vereinbaren lasse. Er führt selbst zu diesem Beweise 6 Beobachtungen von Familien an, wo nach der Erkrankung eines Familienmitgliedes eine Erkrankung eines zweiten, event. dritten (einmal Mutter und Tochter, zweimal Bruder und Schwester, einmal Bruder, einmal Wärterin und Kind, und einmal Ehefrau, Ehemann und Kind) an Ozaena folgte: Syphilis war dabei auszuschliessen.

Dabei vergleicht der Autor die Art der Ansteckung mit der der Tuberculose, wo auch nur eine längere und innigere Berührung des Erregers mit einem günstigen Boden die Erkrankung zum Ausbruch kommen lässt. Die Nasenform habe weniger Bedeutung, wenn nur der Erreger in sie eindringe, der nach Allem nicht sehr virulent sein könne.

Der Autor meint, dass die Krankheit besonders bei der schlechter situirten Klasse, bei Unterernährten vorkomme, und dass besonders Wäscherinnen, die Taschentücher von Ozaenakranken wüschen, der Krankheit ausgesetzt seien. Auch prädisponirten vernachlässigte Rhinitiden und hereditäre Syphilis.

Am Schluss fordert der Autor, dass Ozaenakranke zu grösster Vorsicht gegen ihre Umgebung, namentlich Kinder, wegen der Ansteckungsgefahr, angehalten werden müssten.

ALBANUS (ZARNIKO).

32) **Sforza** und **Rizzuti**. **Ueber einen neuen aus den Borken der Ozaenakranken isolirten Bacillus pyogenes foetidus. (Sopra un nuovo bacillo piogene fetido isolato della cresta di malati di ozena.)** *Giornale medico del R. Esercito. Juni 1906.*

Den Autoren ist es gelungen, in den Borken der Ozaenakranken einen fakultativ anaeroben Mikroorganismus nachzuweisen, einen kurzen, feinen Bacillus mit abgerundeten Enden, der sehr beweglich ist, sich nach Gram färbt, in seinem Protoplasma Vacuolen zeigt und, wenn er direct aus dem thierischen Organismus kommt, eine Kapsel hat. Die Autoren schildern die culturellen und biologischen Eigenschaften des Mikroorganismus, der für Kaninchen, Meerschweine und weisse Mäuse pathogen ist. Er unterscheidet sich von den bisher beschriebenen durch seine grosse Beweglichkeit, durch die Eigenschaft, Gelatine zu verflüssigen und die eigenthümliche pathogene Wirkung auf die Versuchsthiere. Es ist nicht sicher, dass es der Erreger der Ozaena ist, er trägt aber nach Ansicht der Verff. bestimmt zur Erzeugung des Foetor bei.

FINDER.

33) **Hopmann** (Köln). **Sicheres und Unsicheres über Ozaena.** (Vortrag, gehalten beim 10. Stiftungsfeste des Vereins Westdeutscher Hals- und Ohrenärzte zu Köln am 21. April 1907.) *Monatschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 5. 1907.*

Historischer Ueberblick über Aetiologie, Pathologie und Therapie der Ozaena, der sich zu einem zusammenfassenden Referat nicht eignet.

HECHT.

34) **T. Lucrezio. Hochfrequente Ströme in der Behandlung der Ozaena. (Currents of high frequency in the treatment of Ozaena.)** *N. Y. Medical Record. 8. December 1906.*

Verf. findet in der Literatur 11 mit hochfrequenten Strömen behandelte Fälle von Ozaena; zwei davon sind von ihm selbst beobachtet. Die Behandlung ist einfach und die Resultate sind ausgezeichnet. Der Strom wird monopolar angewandt, wobei die Elektrode mit Paraffin überzogen ist. Durch die Therapie werden drei Indicationen erfüllt: Entfernung der Borken, antiseptische Wirkung und Anregung der regenerativen Functionen der Gewebe. Der Strom wird in Stärke von 3 Ampères gebraucht. Nach Erfahrung des Verf.'s giebt die vorgeschlagene Methode bessere Resultate als jede andere. LEFFERTS.

35) **Frese. Die Ursache des Geruchs bei Ozaena. (The cause of the odor of ozena.)** *N. Y. Medical Record. 20. April 1907.*

Das Hauptzersetzungsproduct des Eiweissmaterials sind flüchtige Fettsäuren, die von einer directen Umsetzung neutraler Fette herrühren. Die Secretion ist zuerst, wenn sie sich bildet, ohne Foetor, ihre Eigenthümlichkeit besteht jedoch darin, sich in Gegenwart von Mikroorganismen unmittelbar zu zersetzen. F. findet, dass der sogenannte Ozaenabacillus ausser Stande ist, diesen Process einzuleiten. Die Fäulnissproducte bei tertiärer Syphilis haben denselben Charakter, wie bei echter Ozaena. LEFFERTS.

36) **O. Frese** (Halle a. S.). **Ueber mikroskopische Würmer (Rhabditiden) im Magen einer Ozaenakranken.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1907.*

Bei einer über Magenbeschwerden klagenden Ozaenakranken fanden sich Monate lang in der Spülflüssigkeit des Magens mikroskopische Würmer, die Autor als Anguilluliden anspricht, und zwar um eine gewöhnliche im Freien lebende Form. Nach Annahme des Autors handelt es sich um eine zufällige Einfuhr derselben mit ungekochter Nahrung, wobei in dem Magen der Patientin günstige Bedingung für Aufenthalt und Vermehrung der Parasiten durch die reichliche Anwesenheit in Zerfall begriffener Eiweisssubstanzen (verschlucktes Ozaenasecret) gegeben war.

Im Darm konnten die Würmer niemals nachgewiesen werden. Züchtungsversuche gelangen nur unvollkommen. Eingehende Besprechung und Abbildung der Parasiten und Erörterung der einschlägigen Literatur. HECHT.

37) **Fein** (Wien). **Beitrag zur Lehre von der primären Tuberculose (Lupus) der Nasenschleimhaut.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 48. 1906.*

Bei einer im Uebrigen gesunden, 25jährigen Krankenwärterin, die nur einige geschwollene Drüsen unter dem Unterkiefer aufwies, wurde das vordere Ende der rechten unteren Muschel besetzt gefunden von kleinen Knötchen und Höckerchen, die bei Sondenberührung leicht bluteten. Auf dieser Stelle etwas schleimig-eitriger Belag. Abtragung der Veränderung, von der Patientin gar keine Beschwerden hatte, mit der kalten Schlinge. Mikroskopische Untersuchung ergiebt unter An-

derem eine Langhans'sche Riesenzelle in einem Knötchen. Impfung eines Meerschweinchens mit Theilen des Infiltrates positiv auf Tuberkelbacillen.

Trotz Curettement und Milchsäurebehandlung der Affection an der unteren Muschel bislang keine Heilung zu erzielen. Diagnose: isolirte, tuberculöse Erkrankung der Nasenmuschel. Verf. glaubt in diesem Falle eine aerogene, nicht eine durch directen Contact hervorgerufene Infection annehmen zu sollen, da die Localisation in diesem Falle nicht den durch den Finger gewöhnlich erreichbaren Stellen (Septum, Nasenboden) entspricht.

Hinweis des Verf. auf die Seltenheit des isolirten Processes und auf die Schwierigkeiten einer Differentialdiagnose zwischen Tuberculose und Lupus der Nasenschleimhaut, worüber event. nur der Umstand, „dass in den Fällen ausgesprochener Tuberculose die Knötchen oft im Zustande der Verkäsung angetroffen werden, was beim Lupus in geringerem Maasse oder gar nicht der Fall ist", eine gewisse Entscheidungsmöglichkeit bietet. Denn in histologischer Beziehung findet sich „bei beiden Processen das weisslichgraue Tuberkelknötchen mit den epitheloiden Zellen und Riesenzellen".

ALBANUS (ZARNIKO).

38) **Koenigstein. Ein Fall von Lupus nasi. (Przypadek wilka nosa.)** *Medycyna. No. 34. 1906.*

Verf. stellte ein 8jähriges Mädchen mit lupösen Geschwüren der Nase behaftet vor, bei der mittelst X-Strahlen eine rasche Vernarbung besonders auf dem Septum erzielt wurde.

A. v. SOKOLOWSKI.

39) **Cramer** (Coburg). **Zur Nasentuberculose.** *Wiener klin. Rundschau. No. 10. 1907.*

Zwei Fälle von tuberculöser Schleimhauterkrankung (auch der Muscheln) mit Osteitis tuberculosa.

CHIARI.

40) **James J. Campbell. Ein Fall von primärer syphilitischer Infection in der Nase. (A case of primary syphilitic infection in the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1906.*

Am 19. October 1905 machte ein völlig gesunder Arzt bei einem Patienten, der am Praeputium einen indurirten Schanker hatte, die Circumcision. Fast zwei Monate später bemerkte der Arzt Verstopftheit der rechten Nase und rechtsseitigen Kopfschmerz. Am 28. December erhob Verf. folgenden Befund: Oberflächliche Nekrose der Schleimhaut des vorderen Endes der rechten unteren Muschel; nach Ablösung des Belages trat die blutende Schleimhaut zu Tage. Die Affection hatte Aehnlichkeit mit fibrinöser Rhinitis, beschränkte sich jedoch auf die untere Muschel und es war kein Ausfluss aus der Nase vorhanden. Da gleichzeitig eine Deviatio septi bestand, so war die Nase so gut wie verlegt. Am 8. Januar 1906, also 80 Tage nach der wahrscheinlichen Inoculation, trat Roseola auf und vier Tage später konnte Verf. die Diagnose auf Syphilis stellen.

EMIL MAYER.

41) **Albert Bardes. Syphilis der Nasenhöhle. (Syphilis of the nasal fossae.)** *N. Y. Medical Record. 10. November 1906.*

Der Aufsatz enthält nichts wesentlich Neues. Deformitäten in Folge von

Syphilis sollen nicht chirurgisch in Angriff genommen werden, bevor der Patient einer zweijährigen periodischen Cur unterworfen war, weil sonst Reizung und Geschwürsbildung eintreten könnten.

LEFFERTS.

42) **John N. Mackenzie. Die Behandlung der primären Syphilis der Nase und des Nasenrachens. (The treatment of primary syphilis of the nose and nasopharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 24. November 1906.*

Verf. räth, ausser der Allgemeinbehandlung, auch locale Mittel bei Nasenschanker anzuwenden, nämlich Silbernitrat in Lösung oder in Substanz resp. eines seiner Ersatzmittel, Jodoform oder seine Aequivalente, Calomelpulver oder schliesslich Salben, wie Zinksalbe, und Säuren (Chrom-, Essig- oder Monochloracetsäure). Bei Anwendung letzterer Mittel muss darauf geachtet werden, dass ihre Application auf einer beschränkten Stelle geschieht, sonst kann Zerstörung des Knorpels die Folge sein. Aus diesem Grunde soll man auch niemals Salpetersäure gebrauchen; am meisten empfiehlt Verf. die Chromsäure.

LEFFERTS.

43) **J. D. Rolleston. Ein Fall von intranasalem Schanker, Nasendiphtherie vortäuschend. (A case of intranasal chancre simulating nasal diphtheria.)** *Lancet. 16. Juni 1906.*

28jähriger Mann hat seit 4 Wochen eine schlimme Nase; einige Tage lang bestand starke Schwellung und Schmerzen. Die unteren zwei Drittel der Nase waren roth und geschwollen und der rechte Nasenflügel auf der Innenseite mit einer membranösen Auflagerung versehen. Die linken Submaxillar- und Sternocleidomastoiddrüsen waren geschwollen. Auf dem Thorax polymorpher Ausschlag. Starke Kopfschmerzen. Normale Temperatur. Die Erscheinungen gingen unter Hg-Gebrauch zurück. Verf. theilt die einschlägige Literatur mit.

ADOLPH BRONNER.

44) **C. Giems** und **H. Ragat** (Lyon). **Syphilitischer Schanker der Nasenhöhlen. (Chancre syphilitique des fosses nasales.)** *Lyon médical. 6. October 1907.*

Es handelte sich um einen ulcerirten Tumor, der die Nasenhöhle ausfüllte, nebst einem harten Oedem an der entsprechenden Partie des Gesichts und des Halses und localen Drüsenschwellungen. Gleichzeitig auftretende Secundärerscheinungen und der positive Ausfall der Untersuchung auf Spirochaeta pallida sicherten die Diagnose.

GONTIER de la ROCHE.

45) **Santi Pusateri. Primäres geschwulstartiges Syphilom der Nasenscheidewand. (Sifiloma primitivo del setto nasale a tipo neoplastico.)** *Arch. Ital. di Otologia. 15. November 1907.*

Bei einer 26jährigen Frau bestand seit 50 Tagen complete rechtsseitige Nasenverstopfung. Vorn am knorpligen Septum fand sich ein mandelgrosser, glatter bei Berührung leicht blutender Tumor, der breit aufsass. Grosse indolente submaxillare Drüsenschwellung. Bei der mikroskopischen Untersuchung des mit einem Messer abgetragenen Tumors fanden sich zahlreiche Spirochäten; sie waren am zahlreichsten im Centrum der Geschwulst, fanden sich auch in den Lymph- und Blutgefässen und in den Intercellularräumen der tiefen Epithelschichten. Am

75. Tage nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen zeigte sich auf dem Körper ein maculo-papulöses Exanthem. Unter energischer specifischer Behandlung gingen die Erscheinungen zurück; die Wunde am Septum ist noch mit einer geringen Borke bedeckt.

FINDER.

46) **Rud. Schilling** (Breslau). **Zur bakteriologischen Diagnostik des Rhinoskleroms (Diphtheriebacillen bei Rhinosklerom).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 209.*

Nach dem klinischen Befunde wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Rhinosklerom gestellt, die wiederholte Untersuchung des Nasen- und Larynxsecretes ergab jedoch stets nur Diphtheriebacillen. Dass es sich trotzdem nicht um eine chronische Diphtherie, sondern um Rhinosklerom handelte, erwies die Untersuchung excidirter Stückchen aus dem Gaumen und den subglottischen Tumoren, in welchen sich typische Mikulicz'sche Zellen und Kapselbakterien fanden. Es ergiebt sich daraus, dass in zweifelhaften Fällen die bakteriologische Untersuchung zur Diagnose nicht ausreicht, vielmehr die histologische erforderlich ist.

F. KLEMPERER.

47) **Láng. Skleromfälle.** *Orvosi Hetilap. No. 15. 1906.*

Bei einem Kranken bestand Sklerom der Nase, des Nasenrachens, des linken inneren Augenwinkels, sowie des linken Ohres. L. machte die Rhinofissur und entfernte das Skleromgewebe; den Augenwinkel cauterisirte er mittels Pacquelin. Heilung. — Im anderen Falle bestand Rhino-Pharyngo-Laryngo-Sklerom.

v. NAVRATIL.

48) **E. Meyer** (Berlin). **Ein Fall von Rhinosklerom.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 45. Vereinsbeilage. 1906.*

Ein früher bei dem Patienten die Oberlippe vollkommen einnehmender Rhinoskleromtumor ist nach Bestrahlung mit Röntgenstrahlen (132 × äusserliche Bestrahlung) fast vollkommen verschwunden. Ebenso sind die früheren Tumormassen an den Nasenflügeln und am harten und weichen Gaumen zurückgegangen. Der Patient kann jetzt sogar etwas Luft durch die Nase blasen.

Der Fall ist schon früher, vor der Behandlung mit Röntgenstrahlen, 1902 von Alexander (Berlin) vorgestellt.

ALBANUS (ZARNIKO).

49) **R. G. Perkins. Beziehung der Gruppe des B. mucosus capsulatus zum Rhinosklerom. (Relation of the bacillus mucosus capsulatus group to rhinoscleroma.)** *Journal of infectious diseases. Januar 1907.*

Verf. spricht dem sogenannten Rhinosklerombacillus jede ätiologische Bedeutung ab; er hält ihn für einen secundären Eindringling. Die in der Nase und den Nasengeschwülsten bei Rhinosklerom gefundenen Organismen sind in den verschiedenen Fällen verschieden, gehören jedoch zu derselben allgemeinen Gruppe.

EMIL MAYER.

50) **Fein** (Wien). **Beitrag zur Casuistik des Skleroms nebst Bemerkungen über die Bedeutung desselben für die Armee.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 61. 1907.*

Die drei von F. beschriebenen Patienten waren Soldaten, welche den Vorgang

der Assentirung mitgemacht haben und durch Monate und Jahre hindurch unter den Augen von Aerzten gedient, ja sogar wegen anderer Leiden in Behandlung gestanden hatten, ohne dass die Krankheit bemerkt worden wäre. Solche Beobachtungen erfordern, dass dem Studium des Skleroms vom Standpunkte der Armee Aufmerksamkeit geschenkt werde.

SEIFERT.

51) **J. G. Stubbs. Ein Fall von Rhinosklerom. (A case of Rhinoscleroma.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Die Affection betraf hauptsächlich die Nase, der Pharynx war frei, ebenso die Stimmbänder; unterhalb dieser fand sich eine beträchtliche subglottische Schwellung. Die Diagnose wurde mittels der histologischen Untersuchung eines excidirten Stückes der unteren Muschel gestellt.

EMIL MAYER.

52) **Milton T. Ballin. Ein Fall von Rhinosklerom mit X-Strahlen behandelt. (A case of rhinoscleroma treated with the x-ray.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Mai 1907.*

Der Artikel ist mit ausgezeichneten Abbildungen versehen, die das Aussehen der 53jährigen Patientin vor und nach der Behandlung zeigen. Folgendes sind die wichtigsten Momente:

1. Die Dauer der Erkrankung, nämlich 16 Jahre, eine ungewöhnlich lange Zeit.
2. Das völlige Freibleiben des Larynx. Wenn, wie hier, der Process ein sehr ausgedehnter ist, pflegt der Larynx mitbefallen zu sein.
3. Die aussergewöhnliche Grössenzunahme der Nase. Verf. hat niemals einen Fall gesehen mit so colossalen Massen um die Nasenlöcher.
4. Der Fall zeigt das überraschende Resultat der Anwendung von X-Strahlen; Verf. hält diese Behandlung in allen Fällen von Rhinosklerom für indicirt.

LEFFERTS.

53) **Löwy** (Karlsbad). **Ueber Drüsencysten sowie andere Cysten in Nasenpolypen.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 62. 1907.*

Bericht über die mikroskopischen Untersuchungen von 28 in vivo entfernten Nasenpolypen, welche makroskopisch Cysten enthielten. Unter diesen Fällen sind zwei, welche nicht Drüsencysten sondern Lymphcysten waren.

SEIFERT.

54) **Compaired** (Madrid). **Ueber die Behandlung der Schleimpolypen der Nase. (Algo acerca de los pólipos mucosos de las fosas nasales.)** *Siglo medico. December 1906.*

Verf. empfiehlt warm die Anwendung der Luc'schen Zange, die er mehrmals mit grossem Vortheil gebraucht hat.

TAPIA.

55) **Aris Garcia. Ein Fall von maligner Neubildung der Nasenhöhlen. (Un caso de neoplasma maligno de las fosas nasales.)** *Revista bellar de ciencias médicas. Februar 1907.*

Der 60jährige Patient verweigerte jeden Eingriff; die genaue Natur des Tumors liess sich nicht feststellen.

TAPIA.

56) **Walker Downie. Sarkom der Nase. (Sarcoma of the nose.)** *Glasgow Medical Journal. August 1907.*

Verf. berichtet über 6 Fälle. Für am häufigsten hält er ihren Ursprung in der lateralen Partie des Siebbeins. Das Alter seiner Patienten schwankte zwischen 13 und 64 Jahren. Das häufigste Symptom war Nasenbluten. Verf. ist am meisten für die intranasalen Methoden, ausser wenn der Tumor breit aufsitzt,

A. LOGAN TURNER.

57) **C. Chiari** und **H. Marschik. Zwei Fälle von Nasensarkom, ein äusseres und ein inneres; Operation; Heilung; Differentialdiagnose mittels Röntgenstrahlen. (Deux cas de sarcome du nez, l'un externe, l'autre interne; opération; guérison; diagnostic différentiel par les rayons x.)** *Annales des mal. de l'oreille. April 1907.*

In dem einen Fall hatte der Tumor, der auf den Nasenbeinen und dem Stirnbein seinen Sitz hatte, 6 Jahre zu seiner Entwicklung gebraucht, ohne das Allgemeinbefinden zu beeinflussen. Es bestand auch keine Behinderung der Athmung. Der Tumor adhärirte stellenweise der Haut und dem Periost.

Im anderen Fall, der ein 16 jähriges Mädchen betraf, hatte der Tumor seinen Sitz im Siebbein und war in die rechte Stirnhöhle eingedrungen. Die Radiographie zeigte, dass die übrigen Nebenhöhlen intact waren. In beiden Fällen erfolgte prima intentio der Wunde.

BRINDEL.

58) **J. Price-Brown. Statistischer Bericht über die Resultate der Operation bei Nasensarkom mittels allgemein angewandter Methoden nebst Empfehlung des ausgedehnteren Gebrauchs der Elektrocaustik in geeigneten Fällen. (A statistical report of the results of operation in sarcoma of the nose by methods generally adopted with a plea for the more extended use of the electro-cautery in suitable cases.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

59) **G. Trautmann** und **A. Gebhardt** (München). **Carcinome des Naseninnern. Ein von der Keilbeinhöhle ausgehendes Plattenepithelcarcinom. (Mit Illustrationen und beigefügtem Operationsbericht.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 386.*

Das Carcinom war von der Schleimhaut der rechten Keilbeinhöhle ausgegangen und mittels eines Stieles aus dem Foramen derart herausgewuchert, dass der eine Theil des Tumors in die Nasenhöhle wuchs, dieselbe völlig ausfüllend, während der andere Theil nach hinten durch die Choanen seinen Weg fand und nahezu den ganzen Nasenrachenraum einnahm. Das Carcinom war in seinen beiden Theilen frei beweglich und hatte weder die Schleimhaut der Nasenhöhle, noch die der übrigen Nebenhöhlen ergriffen. Der Patient suchte einzig wegen der bestehenden Nasenverstopfung ärztliche Behandlung auf, es bestanden weder Schmerzen, noch eine Secernirung oder Blutung aus der Nase.

F. KLEMPERER.



60) **S. Pusateri. Beitrag zum Studium der primären Carcinome der Nasenhöhle. (Contributo allo studio dei carcinomi primitivi della cavità nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia. 15. November 1907.*

Verf. beschreibt ein von einem ca. 60jährigen Manne stammendes Präparat eines Nasencarcinoms, das wahrscheinlich von der Schleimhaut des Siebbeins seinen Ausgang genommen hat. FINDER.

61) **Gayet. Epitheliom der Nasenhöhlen. Abtragung nach Herunterklappen der Nase. (Epitheliome des fosses nasales. Ablation après abaissement du nez.)** *Lyon médical. 18. August 1907.*

Das Epitheliom nahm die rechte Nasenhöhle und das rechte Antrum ein. Verf. klappte die Nase herab (Methode von Ollier) und trug den Tumor ab. Im Fall eines Recidivs beabsichtigt er die Resection des Oberkiefers. BRINDEL.

c. Mundrachenhöhle.

62) **Sternberg** (Berlin). **Geschmack und Appetit.** *Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie. Bd. XI. 1907.*

Die psychische Empfindung des Appetits ist durch physiologische Functionen bedingt, durch die chemische, secretorische Thätigkeit der Speichel- und Magendrüsen und durch die mechanische der Musculatur. SEIFERT.

63) **Belltrud** und **Merciex. Die Gymnemasäure bei der Behandlung der Geschmacksperversionen. (L'acide gymnénique dans le traitement des perversions du goût.)** *Congress der Neurologen und Irrenärzte der Länder französischer Zunge. Genf-Lausanne. August 1907.*

Die Anwendung der Gymnemasäure empfiehlt sich wegen ihrer eigenthümlichen Wirkung, die Geschmacksempfindung für bitter und süss zu unterdrücken.

GONTIER de la ROCHE.

64) **Goldenberg. Ueber Stomacace, durch die Vincent'schen Bacillen hervorgerufen. (O wkodzsejacym zapatenin jamy ustuej stomacaceae.)** *Czasopismo Lekarskie. 1907.*

Das Leiden entstand in einer Familie, wo Vater, Mutter und zwei kleine Kinder afficirt wurden. Bei den Eltern verlief das Leiden leicht und beschränkte sich auf das Gefühl des Brennens im Zahnfleisch. Bei den Kindern verlief es ziemlich schwer. Das Zahnfleisch war erweicht, roth, auf der unteren Lippe bestanden oberflächliche Geschwüre und die Zähne waren stark belegt. Auf den Zungenrändern hatte sich ebenfalls ein weissgrauer Belag und auf der Schleimhaut der oberen Lippe und des Gaumens Geschwüre gebildet, alles mit einem graugelben Belag. Der Athem war stark stinkend. Die Kinder fieberten fast gar nicht. Durch entsprechende desinficirende Therapie genasen sie in kurzer Zeit. Der mikroskopisch untersuchte Belag zeigte typische Spirochaeten und Bacillen, wie sie Vincent angegeben hat. Verf. theilt entsprechende Literatur und nähere Charakteristiken des betreffenden Leidens mit. A. v. SOKOLOWSKI.

65) **Pawlowski. Zur Frage über die Aetiologie bei der Noma. (K woprosu ob etiologii Noma.)** *Russ. Wratsch. No. 24. 1907.*

Pawlowski untersuchte zwei Fälle von Noma in Bezug auf die Aetiologie. Das Mikroskop ergab eine grosse Zahl sehr verschiedener Kokken und Stäbchen. Bei näherem Zuschauen stellten sie sich als zufälligen Befund dar. Die eigentliche Ursache sieht Autor in fadenförmigen Bildungen, welche in so dichter Masse das ganze Gewebe durchwachsen, dass die Gewebselemente schon mechanisch zur Nekrose verurtheilt sind. P. bestätigt also vollständig die Untersuchungen von Perthes, dass es sich bei Noma um eine Streptokokkeninvasion handelt. (In Anbetracht der Häufigkeit von Streptokokkenconglomeraten in den Tonsillen ist es nicht zu verwundern, wenn dieselben in der Nachbarschaft anfangen zu wuchern. Man muss sich aber fragen, warum ereignet sich dieses so selten? Ref.) P. HELLAT.

66) **W. Baumann. Ueber den Nasenreflex.** *Münch. med. Wochenschr. No. 53. S. 593.*

Berührung der hinteren Rachenwand ergiebt Contraction der zum Würgacte dienenden Muskeln, ev. Würgen. J. KATZENSTEIN.

67) **G. Coppioli. Der Rachenreflex. (The pharyngeal reflex.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Juli 1907.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung des Rachenreflexes bei der Diagnose verschiedener Krankheiten. Der Reflex fehlt nicht nur bei Hysterie, sondern auch bei anderen functionellen Erkrankungen, wie Epilepsie und Neurasthenie, ebenso bei organischer, wie progressiver Paralyse, Hemiplegie und Gehirntumoren. Auch in einem bestimmten Procentsatz von Personen, die frei von Nervenkrankheiten sind, fehlt der Reflex. Bei Hysterie fehlt er in 60 pCt der Fälle; jedenfalls ist sein Fehlen kein pathognomonisches Zeichen für Hysterie, sondern hat nur Werth, wenn sonst noch Symptome von zweifelloser Bedeutung vorhanden sind.

LEFFERTS.

68) **Aduan** (Zürich). **Untersuchungen über den Rachenreflex.** *Med. Klinik. 44. 1907.*

Bei Kindern, welche nicht an Nervenkrankheiten leiden (105 Kinder wurden untersucht), ist fast ausnahmslos Rachenreflex vorhanden; dessen Fehlen ist im Kindesalter eine hervorragend krankhafte Erscheinung. Bei Erwachsenen (Männern [144] und Frauen [106]) bilden ebenfalls vorhandene Rachenreflexe die überragende Regel. Auffallend war das häufige Fehlen der Rachenreflexe bei Syphilitikern.

SEIFERT.

69) **A. Ahond. Die Parästhesien des Pharynx. (Les paresthésies pharyngées.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Studie über die Sensibilitätsstörungen, die bei Nervösen und Neuropathischen von Seiten des Pharynx beobachtet worden sind. Verf. glaubt nicht, dass die Parästhesien eine Erscheinung der Hysterie seien. A. CARTAZ.

70) **S. Weir Mitchell. Plötzliche Pharynxlähmung. (Sudden paralysis of pharynx.)** *Journal American Medical Association. 15. December 1906.*

M. berichtet folgenden Fall: Eine gesunde 27 jährige Frau erwachte in der Nacht mit einem Kitzelgefühl im Halse; des Morgens war sie unfähig, zu schlucken. Seit diesem Tage, 21. Juli 1901, bis zum Tage der Publication hat sie keine Nahrung mehr schlucken können, sondern musste während der ganzen Zeit stets mittels des Rohrs gefüttert werden. Innerhalb der ersten 48 Stunden trat ein anderes Symptom auf: Sie klagte über Kältegefühl im linken Arm und Bein und diese fühlten sich auch kälter an, als die Extremitäten auf der anderen Seite. Es bestand ausgesprochene Ptosis des linken Augenlids und das Gesicht war leicht nach rechts verzogen. In den ersten 36 Stunden hustete Pat. Eiter und Blut in grossen Mengen auf, was aber plötzlich nach 3 Tagen wieder aufhörte. Um diese Zeit trat eine schmerzhafte Schwellung des linken Handgelenks auf, die 3 Wochen lang anhielt, während auch sonst im Allgemeinen Muskelschmerzen vorhanden waren. Behandlung mit Jodkali war ohne Resultat. Eine ein Jahr später vorgenommene Untersuchung ergab nichts Abnormes in den oberen Luft- und Speisewegen. Pat. büsste 36 Pfund an Gewicht ein und verlor alle ihre Zähne. Im April 1906 fand man eine kleine Geschwulst in der Mittellinie der vorderen Rachenwand, dicht über dem Niveau der Aryknorpel. Eine Röntgenaufnahme zeigte die Ausdehnung der Geschwulst. Therapie war erfolglos.

LEFFERTS.

71) **G. Illing. Ein Beitrag zur vergleichenden Anatomie und Histologie der Speicheldrüsen. Die mandibularen (submaxillaren) Speicheldrüsen der Affen.** *Anatom. Hefte. Bd. 34. H. 1. S. 165.*

Die Affen (Macacus cynomolgus und M. rhesus) besitzen 3 mandibulare Speicheldrüsen: 1. zwei innerhalb des Mylohyoideusgurtes unterhalb der Plica sublingualis gelegene Drüsen, die Gl. sublingualis polystomatica und die Gl. sublingualis monostomatica, 2. die Gl. mandibularis. Die Gl. sublingualis polystomatica ist eine tubulöse Schleimdrüse, die Gl. sublingualis monostomatica und die Gl. mandibularis haben den typischen Bau tubulo-alveolärer Drüsen.

J. KATZENSTEIN.

72) **V. Ellermann** (Kopenhagen). **Ueber das Vorkommen von sehr kleinen beweglichen Mikroorganismen in dem menschlichen Speichel. (Om Forekomsten af meget smaa, bevaegelige Mikroorganismer i menneskeligt Spyt.)** *Hospitalstidende. 17. Juli 1907.*

Bei 9 von 13 untersuchten Individuen hat der Verf. kokkenähnliche Körperchen ($1\frac{1}{2}$—2 μ gross) gefunden, die sich in kleinen Kreisen von 20—30 μ Diameter bewegen. Er meint, es handelt sich um flagellate oder ciliate Protozoen.

E. SCHMIEGELOW.

73) **Gaylord C. Hall. Ein Fall von Speichelstein im Ductus Whartonianus. (A case of salivary calculus in Wharton's duct.)** *Journal of the American Medical Association. 19. October 1907.*

Die Aetiologie des Falles ist unbekannt. Bemerkenswerth ist die lange Dauer

— 5 Jahre; in Folge schliesslicher Infection trat Abscedirung ein; alle Symptome schwanden prompt nach Operation. EMIL MAYER.

74) **Vallas. Tumor der Parotis. (Tumeur de la parotide.)** *Lyon médical. 18. August 1907.*

Totalexstirpation der Drüse mit Resection der Jugularis, eines Theils des Sterno-cleidomastoideus und Section des unteren Facialisastes. Es handelte sich um eine rapid wachsende Mischgeschwulst. BRINDEL.

75) **Morestin** (Paris). **Behandlung der Parotitis. (Traitement de la parotidite.)** *Société de Chirurgie. 23. October 1907.*

Verf. empfiehlt die wiederholte Expression durch den Ductus Stenonianus, die immer gute Resultate gebe. GONTIER de la ROCHE.

76) **Morel** und **Napper. Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der postoperativen Parotitiden. (Recherches expérimentales sur la pathogénie des parotidites post-opératoires.)** *Société de Biologie. 9. November 1907.*

Aus ihren experimentellen Untersuchungen folgern Verff., dass dieser Form der Parotitis keine specifische Pathogenese zu Grunde liegt und dass selbst nach der aseptischsten Operation infolge verschiedener klinischer Umstände ascendirende Infection der Speichelgänge eintreten kann. Als solche Umstände bezeichnen sie: Unterdrückung des Parotisspeichels infolge mangelnder Mastication, Deshydratation des Organismus infolge des prä- und postoperativen Fastens, Infection der Mundhöhle etc. GONTIER de la ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

77) **Morax** (Lausanne). **Die Mortalität der Diphtherie im Kanton Waadt und im waadtländischen Kantonsspital. (Note sur la mortalité de la diphtérie dans le Canton de Vaud et à l'hôpital cantonal.)** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 6. 1907.*

Vor der Serumbehandlung 1889—1894 = 42,1 pCt., seit der Serumbehandlung 1895—1906 = 6,2 pCt.; Croup vor der Serumbehandlung 1889—1894 = 56,3 pCt., seit der Serumbehandlung 1895—1906 = 21,8 pCt.; Tracheotomie von 1889 bis 1894 = 92 Fälle, seit 1895—1906 = 26 Fälle. Die Intubation wurde bei Croup ausgeführt in 50 pCt. JONQUIÈRE.

78) **J. Hally Meikle. Persistenz der Bacillen im Halse von Diphtheriepatienten in der Convalescenz; eine klinische und bakteriologische Untersuchung von 300 Fällen. (Persistence of bacilli in the throats of convalescent diphtheria patients; a clinical and bacteriological study of three hundred cases.)** *Edinburgh Medical Journal. December 1906.*

Hoffmann's Bacillus findet sich bei allen Arten von Fällen und zu verschiedensten Zeiten, ist aber am häufigsten während der Convalescenz. In Fällen, wo Staphylokokken anwesend waren, persistirten die Diphtheriebacillen am längsten. Traten frühzeitig Streptokokken auf, so verschwanden gewöhnlich die

Diphtheriebacillen schnell; Streptokokken fanden sich fast in jedem Fall, nachdem die Diphtheriebacillen verschwunden waren. Die meisten Fälle von Diphtherie sind nach 3 Wochen vom Beginn der Erkrankung an gerechnet frei von Bacillen; sie können sicher 3 Wochen nach dem Verschwinden der Membranen als geheilt entlassen werden.

A. LOGAN TURNER.

79) Barbier. **Wiederauftreten der Diphtherie unter dem Einfluss der Rötheln bei Kranken, die vorher wegen Diphtherie behandelt wurden oder mit Diphtheriekranken in Berührung kamen und einer Präventivimpfung unterzogen wurden. (Rappel de la diphtérie sous l'influence de la rougeole chez des malades traités antérieurement pour une diphtérie ou ayant été en contact avec des diphtériques et ayant subi une inoculation préventive.)** *Bulletin médical. 1. September 1907.*

In solchen Fällen ist die Wiederimpfung mit Serum dringend nothwendig, um so mehr, als sie erfahrungsgemäss sehr schwerer Natur sind.

GONTIER de la ROCHE.

80) Krause. **Concentration der Antikörper im Diphtherieantitoxin. (Concentration of the immune bodies in diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 24 August 1907.*

K. beschreibt eine Methode, mittels deren es möglich ist, das Diphtherieantitoxin in erheblichem Grade zu concentriren.

LEFFERTS.

81) Luigi Rugani. **Beitrag zur localen Serotherapie diphtherischer Processe. (Contributo alle sieroterapia locale dei processi difterici.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. December 1907.*

Verf. hat das bilavente — antitoxisch und antibakteriell wirkende — Serum in grossem Umfang bei der allgemeinen und localen Therapie der Diphtherie angewandt. Er berichtet hier über die Erfolge bei letzterer. Er hat reines Serum zu Pinselungen und Instillationen, 10—20proc. Lösungen in Aq. dest. zu Inhalationen und Nasenspülungen, 3—4proc. zum Gurgeln brauchen lassen. Bei der Application des Serum entfernt er das nekrotische Gewebe entweder mit sterilem Wasser oder mit Carbolsäurelösungen, Lysoform, Thymol, Protargollösung. In schweren Fällen wandte er gleichzeitig allgemeine Serotherapie, entweder mit bivalentem oder antitoxischem Serum oder beiden abwechselnd an. Verf. hat mit der localen Anwendung des bivalenten Serums sehr gute Resultate erzielt.

FINDER.

82) Notiz des Herausgebers. **Differentialdiagnose des Croup. (Differential diagnosis of croup.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juli 1907.*

Der echte Croup ist entweder Kehlkopfdiphtherie oder Streptokokken-Infection: es wird seine Differentialdiagnose gegenüber dem Pseudocroup besprochen.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

83) **A. Soulié** und **E. Bardier. Ueber die ersten Entwickelungsstadien des Kehlkopfs beim menschlichen Fötus. (Sur les premiers stades du développement du larynx chez le foetus humain.)** *Compt. rend. de l'Assoc des Anat. 8. Réunion Bordeaux 1906. p. 41.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

84) **Reiche. Laryngitis membranoulcerosa fusibacillaris.** *N. Y. Medical Journal. 15. Juni 1907.*

Verf. berichtet über einen Fall; die Entzündung localisirte sich allein im Larynx.

LEFFERTS.

85) **Maurice Jacod** (Lyon). **Acute pseudomembranöse nichtdiphtherische Laryngitiden. (Laryngites aigues à fausses membranes non diphtériques.)** *Semaine médicale. No. 43. 1907.*

Die klinische Entität der nicht-diphtherischen pseudomembranösen Laryngitis ist nach Ansicht des Verf.'s indiscutabel. Verf. bringt 15 persönliche Beobachtungen und bespricht die sonst berichteten Fälle. Bei Abwesenheit des Klebs-Löffler'schen Bacillus hat man gefunden: 1 mal Pneumokokken, 2 mal den kleinen Martin'schen Coccus, 5 mal den Staphylococcus, 2 mal den Streptococcus und 4 mal Associationen von Mikroben.

Klinisch unterscheidet sich diese Laryngitis von ähnlichen diphtherischen Erscheinungen durch die Seltenheit der Coryza, das inconstante Befallensein der Drüsen, besonders jedoch die Rapidität und die Schwere der bronchopneumonischen Complicationen. Die Prognose ist immer ernst. Die Serotherapie ist ohne Wirkung.

GONTIER de la ROCHE.

86) **Méssétrier** und **Cluet. Phlegmonöse Enterokokkenlaryngitis bei einer jungen Schwangeren; Tracheotomie; Heilung. (Laryngite phlegmoneuse à entérocoques chez une jeune enceinte; trachéotomie; guérison.)** *Société méd. des hôpitaux. 12. April 1907.*

Bei einer jungen im 9. Monat schwangeren Frau trat im Anschluss an einen Katarrh der Luftwege eine ganz acute Laryngitis auf mit Dyspnoe, hohem Fieber und reichlicher Albuminurie. Die Tracheotomie wurde in extremis gemacht. Es trat vorzeitige Entbindung ein. Das Kind starb sofort nach der Geburt. Die Section ergab Congestion in allen Eingeweiden mit Blutsuffusion. Die Untersuchung des aus der Canüle entleerten Eiters und des kindlichen Herzblutes ergab Reinculturen von Enterococcus protoeiformis.

A. CARTAZ.

87) **A. Brown Kelly. Die diffuse hyperplastische Laryngitis und Pharyngitis bei congenitaler Syphilis. (The diffuse hyperplastic laryngitis and pharyngitis of congenital syphilis.)** *Glasgow Medical Journal. November 1906.*

Verf. publicirt einen interessanten Fall von diffuser hyperplastischer Infiltration des Pharynx und Larynx in einem Fall von congenitaler Syphilis. Die besonders bemerkenswerthen Symptome waren: der einförmige und symmetrische

Charakter der Infiltration, das Fehlen von Ulceration, die Tendenz der infiltrirten Zone, ödematös zu werden und mehr oder minder Kehlkopfstenose hervorzurufen und das Persistiren der Hypertrophie trotz der antisyphilitischen Behandlung. Die Literatur über den Gegenstand wird mitgetheilt.

A. LOGAN TURNER.

88) **Bourbon. Beitrag zum Studium der Pachydermie der Stimmbänder und ihrer chirurgischen Behandlung mittels der „Fraisage". (Contribution à l'étude de la pachydermie des cordes vocales et à son traitement chirurgical par le „fraisage".)** *Thèse de Lyon. 1907.*

Garel unterscheidet: 1. die diffuse Pachydermie (Virchow), Chorditis hypertrophicans posterior (Schadewaldt); 2. die Chorditis pachydermica diffusa simplex; 3. die stellenweise (à îlots) auftretende Pachydermie der Stimmbänder; 4. die Pachydermie mit Tendenz zur Knötchenbildung. Garel hat die „Fraisage" empfohlen, die ihm ausgezeichnete Resultate giebt.

BRINDEL.

89) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Einige Bemerkungen über den sogenannten Prolapsus ventriculi Morgagni.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 408.*

Verf. unterscheidet folgende Gruppen:

1. Totaler Prolaps („Eversion" oder eher „Inversion" der Morgagni'schen Tasche).
2. Prolapsbildung durch Zerrung eines Tumors.
3. Partielle Prolapsbildung durch Ueberanstrengung der Stimme.
4. Prolapsähnliche Neubildungen (Retentionscysten; Angiomyxom).
5. Prolapsähnliche entzündliche Hyperplasien, von der Lateralwand des Ventrikels, der oberen Fläche der Stimmlippe oder dem unteren Rand der Taschenfalte ausgehend.

F. KLEMPERER.

90) **R. Imhofer** (Prag). **Haematoma labii vocalis e phlebectasia.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd 17. S. 112.*

Anknüpfend an einen zufälligen Befund von Hämatom der Stimmlippe an der Leiche eines an Apoplexie verstorbenen Patienten bespricht I. die Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Varicen und Phlebectasien im Kehlkopf.

F. KLEMPERER.

91) **Compaired** (Madrid). **Abscess des rechten Arykuorpels, Ligamentum aryepiglotticum und Taschenbandes nach Grippe. (Abceso del aritenoide, ligamento ariteno-epiglottico y banda ventricular directa consecutiva à la gripe.)** *Siglo medico. Januar 1907.*

Die Eröffnung des Abscesses wurde mittelst der Galvanokaustik gemacht. Heilung.

TAPIA.

92) **A. Most. Ueber Tuberculose der prälaryngealen Drüsen und ihre Beziehungen zur Kehlkopftuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 379.*

M. beschreibt einen Fall von starker Schwellung und hochgradiger Ver-

käsung der prälaryngealen Drüsen bei Kehlkopftuberculose. — Die auf dem Ligamentum conicum gelegenen Drüsen sind eine bis zwei an Zahl, ihre Zuflussstämmchen treten durch das Lig. conicum hindurch. Das Quellgebiet dieser Drüsengruppe ist der vordere subglottische Theil des Kehlkopfs und es gelingt, dieselbe bereits von der dicht am freien Rande der wahren Stimmbänder gelegenen Schleimhaut aus zu injiciren. — Dass die prälaryngealen Drüsen bei Kehlkopftuberculose zum mindesten sehr häufig mitinficirt sind, geht daraus hervor, dass Verf. in 10 von 17 mikroskopisch untersuchten Fällen bei Kehlkopftuberculose in den prälaryngealen Drüsen Tuberkelherde fand.

F. KLEMPERER.

93) **Semon** (London). **Ueber den therapeutischen Werth vollständiger Stimmruhe bei der Anstaltsbehandlung der Kehlkopftuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1906.*

Der Verf. empfiehlt die Schweigecur als ein werthvolles Hülfsmittel bei der Anstaltsbehandlung der Larynxtuberculose, combinirt mit einer geeigneten Localbehandlung, in Fällen von entzündlicher Reizung des Kehlkopfes bei Lungentuberculose, besonders bei hartnäckigen Katarrhen des Kehlkopfes, Congestion der Stimmbänder, Relaxation der Taschenbänder und — in weiter vorgeschrittenen Fällen — bei umschriebener Ulceration der Stimmbänder, Geschwüren in der Interarytaenoidfalte, allgemeiner Infiltration und Bewegungsstörungen des Crico-Arytaenoidgelenks.

Bei schweren, tiefgehenden Ulcerationen und Perichondritiden hat diese Cur keinen Zweck.

Ein wesentlicher Vortheil gegen früher ist der Methode in der Anstaltsbehandlung der Lungentuberculose erwachsen, wodurch ein wirkliches Schweigen während längerer Zeit — Monate — viel eher unter ständiger Unterstützung des Arztes und vernünftiger Mitpatienten zu erreichen ist als früher in der gewohnten Umgebung der Kranken.

ALBANUS (ZARNIKO).

94) **Lublinski** (Berlin). **Die Schweigetherapie bei der Kehlkopftuberculose.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 52. 1906.*

Verf. erinnert an seine schon im Jahre 1887 bei der Therapie der Kehlkopfschwindsucht aufgestellte Forderung: absolutes Schweigen, womöglich Monate hindurch, eventuell der Gebrauch der Flüstersprache — und bringt 6 Fälle aus der damaligen Zeit bei, bei denen damals mit dieser Cur gute Erfolge erzielt wurden.

Die Schwierigkeit dieser Therapie liegt in der schweren Durchführbarkeit der Cur, die von dem Patienten ein hohes Maass von Energie fordert.

In letzter Zeit hat Verf. neben dieser Methode localtherapeutisch den Hauptwerth auf Anwendung von Anaesthetica gelegt: Codein. phosph. 0,6—1,0 : 10,0 Sacchar. alb., Orthoform, Anästhesin.

ALBANUS (ZARNIKO).

95) **Finder** (Berlin). **Die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 9. 1906.*

Zusammenfassender Vortrag über die medicamentöse, galvanokaustische und chirurgische Behandlung unter Berücksichtigung des Localbefundes, des Allge-

meinzustandes und der individuellen Heilungstendenz. Erwähnung der Aussichten der Tracheotomie, Laryngofissur und Totalexstirpation.

ALBANUS (ZARNIKO).

96) **Alexander** (Berlin). **Zur Heilung der Larynxtuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. 1906.*

In einem Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte betont der Autor, dass selbst bei schwerer Larynxtuberculose unter Hinzuziehung der modernen Tuberculosetherapie durch individualisirende Localbehandlung viel erreicht werden kann und demonstrirt die Ergebnisse an mehreren Fällen:

1. Bei einer langsam fortschreitenden tuberculösen Erkrankung des Kehlkopfes werden beim Auftreten von Ulcerationen beide Stimmlippen durch Curettement mit sehr gutem Erfolge — auch functionell — entfernt.

2. Mehrere Infiltrate an der hinteren Kehlkopfwand durch Curettement ohne viel Erfolg entfernt. Geschwür an der Rachenwand durch Curettement und Milchsäure mit Mühe geheilt. Durch Landaufenthalt ohne Localbehandlung überraschender Erfolg.

3. Dauernde Heilung eines tuberculösen Infiltrates einer Taschenlippe und eines $1^1/_2$ Jahr später auftretenden Infiltrates der Hinterwand durch Curettement. Ein folgendes Recidiv ohne Behandlung geheilt. Lungenbefund aber verschlechtert.

4. Heilung durch Totalexstirpation der erkrankten Epiglottis.

5. Rechtsseitige Perichondritis arytaenoidea wird durch Curettement zum Stillstand gebracht. Weitere Erholung durch Aufenthalt in Erholungsstätte.

6. Ausgedehnte Erkrankung des Larynx. Durch Curettement und Milchsäure nur Verschlimmerung. Durch Heilstätte langsame Heilung.

7. Erkrankte Stimmlippen. Milchsäure — Menthol. Heilung unter Membranbildung der Glottis. Erfolglose Spaltungen des Diaphragmas. Stimme mässig.

ALBANUS (ZARNIKO).

97) **Notiz des Herausgebers. Behandlung der Kehlkopfphthise. (Treatment of laryngeal phthisis.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

Zur Schmerzlinderung bei Geschwüren wird empfohlen die directe Application in den Larynx von:

Rp. Extr. Opii
Extr. Belladonn. aa 0,05
Aq. lauroceras. destill. 20,0.

Um die Vernarbung zu erleichtern insufflire man:

Rp. Plumb. acet. 2,0
Morph. hydrochlor. 0,2
Sacch. lactis 10,0.

Die Schleimhaut soll zuerst mit einer Lösung von Kal. chlorat. oder von Natr. bicarb. besprayt werden. Zur Cauterisation der Geschwüre wird ausser Argent. nitr. oder Galvanokaustik folgende Formel empfohlen:

Rp. Jodi 0,3
Kal. jodat. 3,0
Glycerin 10,0.

Für die Application auf die entzündete Schleimhaut empfiehlt sich Jodoform in Glycerin suspendirt.

LEFFERTS.

98) **Wm. E. Casselberry. Diagnose und Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Diagnosis and treatment of laryngeal tuberculosis.)** *Illinois Med. Journal. August 1907. N. Y. Medical Record. 20. Juli 1907.*

Verf. bespricht die einzelnen klinischen Typen, die das Bild der Larynxtuberculose darbieten können und betont die Bedeuiung der Allgemeinbehandlung.

LEFFERTS.

99) **St. Clair Thompson** (London). **Eine Vorlesung über Heiserkeit. (A lecture on hoarseness.)** *The Clinical Journal London. Juni 1907.*

Verf. giebt einen sehr instructiven Ueberblick über die Bedeutung der Heiserkeit als Symptom von Kehlkopferkrankungen und weist auf die Wichtigkeit der laryngoskopischen Untersuchung, besonders für alle Fälle von andauernder Heiserkeit bei Patienten von über 40 Jahren hin.

JAMES DONELAN.

100) **S. Bang** (Dänemark). **Behandlung von Larynxleiden mittels Licht. (Behandling af Larynxlidelser med Lys.)** *Nord. Tidsskrift f. Terapi. April 1907.*

B. hat einen besonderen Apparat construirt, in welchem ein Prisma von Quarz und ein System von Quarz-Linsen in der Weise angebracht sind, dass er im Stande ist, mit der auch von Bang construirten Eisen-Lampe Licht in den Kehlkopf zu werfen. Er benutzt eine Stromstärke von 10—12 Ampère, Beleuchtungsdauer von 2—$2^1/_2$ Minuten. B. wird sich noch über die therapeutischen Resultate dieser Behandlungsmethode aussprechen, wenn ein noch viel grösseres Beobachtungsmaterial zu seiner Verfügung steht.

E. SCHMIEGELOW.

101) **E. Meyer** (Berlin). **Demonstration farbiger Photographien.** *Berlin. klin. Wochenschr. No. 2. Vereinsbeilage. 1906.*

Vortr. demonstrirt farbige Photographien, aufgenommen am lebenden Kehlkopf, und erläutert dabei die noch bestehenden grossen technischen Schwierigkeiten.

ALBANUS (ZARNIKO).

102) **Galebski. Zur Frage der Lungentherapie vermittelst intratrachealer Instillationen. (K woprosu o sposob letschneija halesnei legotschnoi tkani pri pomoschtschi intrachealmich wliwanii.)** *R. Wratsch. No. 26. 1907.*

Die fleissige Arbeit zerfällt in zwei Theile, einen experimentellen und einen klinischen. Experimentirt wurde an Kaninchen und Hunden. Der Autor war vor allem bemüht festzustellen, wie weit die Substanzen in die Lungen dringen. Bekanntlich wird von den meisten Autoren behauptet, dass die Alveolen mit den einzuführenden Substanzen nicht in Berührung kommen. Nach den Ermittelungen von Galebski ergiebt sich, dass Menthol, Eucalyptol und Hetol in Ol. oliv. dulc. in 5proc. Lösungen nicht nur in die Alveolen, sondern sogar in das Lungengewebe und Bronchialdrüsen vordringen.

Klinisch lies sich immer eine günstige Einwirkung auf den Husten, putriden Geruch, die Expectoration und das subjective Befinden constatiren. Die jedesmalige Menge des einzuführenden Mittels betrug 5,0 ccm. P. HELLAT.

103) **Rodriguez Pinilla. Die intratrachealen Injectionen. (Las injectiones intraqueales.)** *Siglo medico. 23. Juli 1907.*

Verf. theilt einige Fälle mit, durch die die Wirksamkeit der intratrachealen Injectionen bei chronischer Tracheitis und Tracheobronchitis gezeigt werden soll.

TAPIA.

104) **Notiz des Herausgebers. Intratracheale Injectionen bei der Behandlung chronischer Lungenkrankheiten. (Intratracheal injections in the treatment of chronic diseases of the lungs.)** *N. Y. Medical Record. 23. September 1907.*

Es wird der Werth der Intratrachealinjectionen verglichen mit dem der Inhalationen; der Vergleich fällt zu Gunsten der ersteren aus. Die Untersuchungen Galebskis an Thieren zeigen, dass die injicirte Flüssigkeit die Alveolen und Intestinalgewebe und die Bronchialdrüsen sicherer erreicht, als bei der Inhalation.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

105) **John Landström. Ueber Morbus Basedowii. Eine chirurgische und anatomische Studie. Academische Abhandlung.** *Stockholm 1907.*

Diese Studien, die der Verf. zur Erlangung der medicinischen Doctorwürde gemacht hat, basiren auf 52 Fällen, die im Königl. Serofimerlazareth in Stockholm durch Operation behandelt worden sind. Von diesen starben 3 unmittelbar nach der Operation; die übrigen wurden mit folgenden Methoden behandelt: Unterbindung von Arterien 20 Fälle (von 3 Arterien 16, von 2 Arterien 4 Fälle), halbseitige Excision 11 Fälle, halbseitige Excision und Unterbindung der oberen Arterie auf der entgegengesetzten Seite 14 Fälle und andere Operationen 4 Fälle. Betreffend die Resultate der verschiedenen Operationsmethoden kann nach der Casuistik des Verf.'s als festgestellt gesagt werden, „dass die partiellen Arterienunterbindungen als alleinige Behandlungsmethode bei M. B. der halbseitigen Excision und besonders einer Combination der beiden Methoden gegenüber an Effectivität nachstehen". Ehe Verf. sich in die kritische Behandlung der bis jetzt üblichen Operationsmethoden und deren Technik einlässt, zeigt er uns durch seine anatomischen Studien, wie es sich mit dem Gefässverhältniss der Glandula thyreoidea verhält; er constatirt nämlich, dass die Thyreoidealarterien keine Endarterien sind (deutsche Verf.), sondern in grosser Ausdehnung mit einander anastomosiren (französische und englische Forscher) — ein Umstand, der den verhältnissmässig geringen Erfolg der partiellen Unterbindung erklärt. Für die Operation empfiehlt L. einen grossen bogenförmigen Schnitt, „dessen oberer Theil dem vorderen Rande des Sternocleidomuskels folgt, während er unten nach der Mittellinie zu abweicht", wonach die Arterien unterbunden werden, nachdem hindernde Muskeln getheilt worden sind; die Struma wird subcap-

sulär abgelöst, die Venen ligirt und der Lappen so durchgeschnitten, „dass eine dünne Schicht an der gewünschten Stelle zurückgelassen wird". Die Blutung wird in dieser Weise minimal. Was den Verlauf der Krankheit nach der Operation betrifft, betont Verf., dass die Convalescenz ziemlich lange dauert, auch wenn der Pat. schon unmittelbar nach der Operation sich besser fühlt. Die so wichtigen Herzsymptome, subjective und objective, sind die am längsten fortbestehenden und von speciellem Interesse ist, dass L.'s Material zeigt „die überraschende Thatsache, dass in keinem von den genesenden Fällen ein Rückgang der Herzbreite zum Normalen sicher zu constatiren ist". Durch seine Studien über die jetzigen Behandlungsmethoden des M. B. im Allgemeinen glaubt Verf. sich den Schluss machen zu können, „dass keine Behandlung auch nur annähernd so gute Resultate aufzuweisen gehabt hat, wie die operative Strumatherapie und durch das Vorlegen des Materials aus dem Serofimerlazareth ist eine weitere Bestätigung dieser Behandlungsmethode gewonnen worden". Verf. stimmt mit Kocher überein, dass genaue Indicationen noch nicht aufgestellt werden können, glaubt aber, dass das Risiko einer Operation im letztem Stadium und die Thatsache, dass die schon entstandenen Herzveränderungen sich nicht zurückbilden, entschieden zu einer Frühoperation drängen.

Die bis jetzt vorgebrachten Versuche, die Augensymptome des M. B. zu erklären, haben den Verf. nicht zufrieden gestellt. Seine anatomischen Studien des Auges haben zu dem überraschenden Erfolge geführt, dass in der Orbita sich contractiles Gewebe (glatte Muskulatur) findet, das bisher der Aufmerksamkeit entgangen ist". Landström zeigt nämlich, „dass der vordere Theil des Augapfels von einem cylinderförmig angeordneten, aus glatten Zellen bestehenden Muskel mit Ursprung am Septum orbitale und Insertion am Aequator cerebri umgeben ist". Durch die Wirksamkeit dieses Muskels lassen sich sämmtliche Symptome bei M. B. mit Ausnahme der einige Mal beobachteten Augenmuskellähmungen erklären.

Zum Schlusse betont Verf. in dieser seiner gediegenen und bedeutungsvollen Arbeit mehr als andere Forscher, dass Infectionskrankheiten eine nicht unwesentliche Rolle als ätiologisches Moment zum Morbus Basedowii spielen.

E. STANGENBERG.

106) **Einar Rothe** (Götheborg). **Neuere Untersuchungen über Morbus Basedowii. (Nyare Undersökningar öfer Morb. Basedowii.)** *Nord. Tidsskrift f. Terapi. S. 231. Mai 1907.*

Uebersichtsartikel.

E. SCHMIEGELOW.

107) **L. F. Barker. Diagnose des Morbus Basedow. (Diagnosis of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

In der Regel ist die Schwellung der Schilddrüse nicht sehr gross, besonders in den Frühstadien. In acuten Fällen ist der Tumor oft weicher als die normale Drüse. Als das wichtigste Symptom erwiesen sich die Erscheinungen von Seiten des Gefässsystems; in vielen Fällen war Pulsation des Tumors zu constatiren, das constanteste Symptom jedoch war die Tachycardie und zwar betrug der Puls 90

bis 200. Der Exophthalmus fehlte fast in einem Drittel der Fälle. Tremor fand sich nicht nur an den Extremitäten, sondern auch an der Muskulatur des Rumpfes. Eine häufige Begleiterscheinung waren Diarrhoe und Erbrechen, besonders in den vorgeschrittenen Stadien der Erkrankung. Psychische Symptome waren sehr ausgesprochen und fielen oft zuerst ins Auge. Verf. zählt schliesslich 11 Erscheinungen von Seiten des Auges auf, die beim Basedow vorkommen können.

LEFFERTS.

108) **Gilbert Ballet, Sainton, Dekerm. Morbus Basedow. (Goitre exophthalmique.)** *Medicinischer Congress. Paris 14. September 1907.*

Allgemeine Uebersicht über die üblichen Behandlungsmethoden. Die Hauptsache ist nach Ansicht der Verff. die Reizbarkeit des Nervensystems und die Störung der Secretion zu bekämpfen.

GONTIER de la ROCHE.

109) **S. Solis Cohen. Die unchirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (The nonsurgical treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 5. August 1907.*

Verf. sagt, dass in einer neueren Arbeit, vom chirurgischen Standpunkt aus, eine Mortalität von 30—50 pCt. als ein gutes, eine solche von 10 pCt. als ein phänomenales Resultat bezeichnet wurde. Demgegenüber müsse der Werth der medicamentösen Behandlung betont werden. Frühzeitige Fälle erfordern keine Serumbehandlung; Ruhe, Hygiene, Ergotin, Strophantus, Thymus und Adrenalin sind die hierbei zu empfehlenden Mittel. Gegen die Herzsymptome erweist sich Chinin. hydrobromicum als nützlich; Antithyreoidinserum kann in Verbindung damit gebraucht werden. In den Händen des Verf.'s hat sich nur das Serum von Roger und Beebe bewährt.

LEFFERTS.

110) **E. A. Tscherning** und **M. Lauritzen** (Kopenhagen). **Acuter Morbus Basedowii glücklich mit partieller Strumectomie behandelt. (Akut Morb. Basedowii behandlet heldigt med partiel Strumektomi.)** *Mit 2 Abbildgn. und 2 Curven. Nordisk Tidsskrift f. Terapi. S. 337. August 1907.*

Es handelt sich um eine unvermählte 38jährige Frau, die in Aethernarkose partiell strumectomirt wurde, weil die Patientin an Morbus Basedowii, der vergeblich während 4 Monaten intern behandelt war, litt. Das Resultat des operativen Eingriffs war gut, die Entwickelung der Krankheit wurde arretirt und eine gleichmässig fortschreitende Besserung trat ein.

E. SCHMIEGELOW.

111) **R. G. Preble. Medicamentöse Behandlung des Morbus Basedow. (Medical treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Unter den Medicamenten räumt Verf. dem Opium den grössten Werth ein; das Endergebniss seiner Erwägungen ist, dass es besser sei, zu früh als zu spät zu operiren.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

112) **Guisez** (Paris). **Oesophagotomie unter Oesophagoskopie wegen einer der Dilatation trotzenden Narbenstenose. (Oesophagotomie sous oesophagoscopie pour rétrecissement cicatriciel rebelle à la dilatation.)** *Société de Chirurgie. 14. Juli 1907.*

Unter Leitung des Oesophagoskops wurden in drei aufeinander folgenden Sitzungen einige kleine Incisionen in die Narbenmasse gemacht; dadurch wurde die Stenose soweit gedehnt, dass die Dilatation mit Erfolg fortgesetzt werden konnte.

GONTIER de la ROCHE.

113) **William Lerche. Diffuse Speiseröhrendilatation ohne anatomische Stenose, nebst Bericht über einen Fall chronischen Cardiospasmus. (Diffuse dilatation of the oesophagus without anatomical stenosis with report of a case due to chronic cardio-spasm.)** *American Journal of Medical Sciences. October 1907.*

Die Diagnose gründete sich auf den plötzlichen Beginn mit Regurgitiren von Nahrung und Flüssigkeit, die Thatsache, dass zeitweise geringe Schwierigkeit beim Passiren der Nahrung bestand, während zu anderen Zeiten Pat. überhaupt nichts herunterbringen konnte, die eigenthümliche Empfindung beim Bougiren und das plötzliche Nachgeben das Hinderniss an der Cardia auf sanften Druck, ferner die Thatsache, dass zu Zeiten die Tuben leicht, zu anderen Zeiten nur schwer hindurchgingen. Der Oesophagus fasste 425 ccm. Krebs und andere Geschwülste konnten nach der Krankengeschichte ausgeschlossen werden. Das Dilatationsverfahren führte zur Heilung.

EMIL MAYER.

114) **Michaelis** (Leipzig). **Eine durch Fibrolysin geheilte Oesophagusstrictur.** *Med. Klinik. 10. 1907.*

Achtjähriges Mädchen mit hochgradiger Structur des Oesophagus (entstanden durch Heilung eines Decubitalgeschwüres) erhielt alle 3 Tage 2,3 ccm Fibrolysin injicirt, nach der 6. Einspritzung passirte eine Sonde No. IX Charrière die Strictur, nach der 7. Injection fiel Sonde X Ch. glatt durch die Passage hindurch. Völlige Heilung.

SEIFERT.

115) **Hagenbach-Burckhardt** (Basel). **Ueber zwei Fälle von Heilung von Narbenstricturen des Oesophagus durch Thiosinamin.** *Med. Klinik. 27. 1907.*

In zwei Fällen von Laugenverätzung der Speiseröhre bei Kindern wurde durch Thiosinamin resp. Fibrolysininjection (alle zwei Tage, dazwischen Sondenbehandlung) völlige Heilung erzielt.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) E. Goldmann und E. Killian. **Ueber die Verwendung der X-Strahlen für die Bestimmung der nasalen Nebenhöhlen und ihrer Erkrankungen.** Tübingen 1907.

Nachdem transversale Durchleuchtung des Schädels mit X-Strahlen für die Praxis keine befriedigenden Resultate ergeben hatte, wurden die Verff., wie sie mittheilen, von Högler (Basel) darauf aufmerksam gemacht, dass die Durchleuchtung des Schädels in sagittaler Richtung ein viel besseres Bild von den Nebenhöhlen der Nase ergebe. Daraufhin haben E. Goldmann und Killian eine grössere Reihe von Aufnahmen in der Weise gemacht, dass sie die X-Strahlen durch eine auf die Protuberantia occipitalis aufgelegte Blende von hinten nach vorn in streng sagittaler Richtung durch den Schädel schickten. Es wurden meist weiche bis halbweiche Röhren benutzt, die Exposition dauerte gewöhnlich 1—1 $^1/_2$ Minuten. Auf Grund ihres Untersuchungsmaterials, bei dem auch 30 pathologische Fälle verwerthet wurden, kommen die Verff. zu dem Schluss, dass die sagittale Durchleuchtung ein genaues Urtheil ermögliche über die Existenz einer Stirn- und Kieferhöhle, über ihre Gestalt und Ausdehnung. Auch bei der Erkennung pathologischer Zustände in der Stirn- und Kieferhöhle und im Siebbein leiste sie werthvolle Dienste, da sich Eiterungen ebenso wie krankhafte Veränderungen am Knochen und in den Schleimhautauskleidungen als Verschleierungen im Positiv zu erkennen geben. Allerdings muss zugegeben werden, dass bei dem augenblicklichen Stand der Dinge die Deutung dieser Verschleierung noch in manchen Fällen, besonders bei doppelseitiger Verschleierung, mit Schwierigkeiten verknüpft ist: nicht aus jeder Verschleierung darf man einen diagnostischen Schluss ziehen, und ihr Fehlen lässt eine Erkrankung nicht mit Sicherheit ausschliessen. Immerhin aber reiht sich, wie die Verff. Seite 8 sagen und durch die Wiedergabe von 30 Krankenberichten und 12 gut gelungenen Röntgenaufnahmen erhärten, „die sagittale Durchleuchtung des Schädels mit X-Strahlen den übrigen Untersuchungsmethoden als eine gleichwerthige an und dient zur Vervollständigung derselben, ohne aber dieselben entbehrlich zu machen.“ (Im Text steht, was wohl nur ein Lapsus calami ist, „unentbehrlich zu machen“.)

Diesem Urtheil kann sich Ref. nach seinen Erfahrungen durchaus anschliessen; man wird hoffen dürfen, dass die immer weiter fortschreitende Technik die Präcision der Röntgenaufnahmen und ihre diagnostische Verwerthung noch weiter fördern wird. Es wäre dankenswerth gewesen, wenn die Verff. noch mit einem Wort darauf eingegangen wären, in wieweit die Röntgenaufnahme der einfachen Durchleuchtung der Stirn- und Kieferhöhlen nach Vohsen (s. Med. Klinik, 1907) überlegen ist. A. Kuttner (Berlin).

---

b) G. Besold und H. Gidionsen. **Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberculose.** Mit einem Geleitworte von Excellenz Wirklichem Geheimrath Prof. Dr. med. Moritz Schmidt. Berlin, Georg Reimer. 1907.

Zur selben Stunde fast, als man in Frankfurt a. Main Moritz Schmidt zur ewigen Ruhe geleitete, ging mir die Besold-Gidionsen'sche Abhandlung zur Besprechung zu, für welche der Unermüdliche noch kurz vor seinem Scheiden ein

ehrendes Geleitwort geschrieben hatte. So klingt dieses Wort fast wie eine Botschaft ab inferis zu uns, und mit einem Gefühl stiller Wehmuth lesen wir, was Moritz Schmidt uns in letzter Stunde noch zu sagen hatte. Er berichtet von jener Zeit, in der er das Hauptwerk seines Lebens, die Bekämpfung der Kehlkopfschwindsucht, in Angriff nahm. Damals, es war im Jahre 1880, hatte er auf dem Congress in Mailand mitgetheilt, dass es ihm im Laufe der letzten Jahre gelungen sei, 16 von 319 Larynxphthisen zu heilen. Als er v. Ziemssen bat, diesen Vortrag im „Archiv für klinische Medicin" aufzunehmen, erhielt er die Antwort, seinem Wunsche könne nur entsprochen werden, „wenn in dem Titel — Die Kehlkopfschwindsucht und ihre Heilung — das Wort ‚Heilung' durch ‚Behandlung' ersetzt würde". So beurtheilte damals einer der ersten Kliniker seiner Zeit, der sich gegen den Vorwurf einer unwürdigen Bevormundung seiner Autoren gewiss mit aller Energie gewehrt hätte, die Prognose der Larynxphthise: eine Heilung derartiger Fälle erschien ihm als eine so baare Unmöglichkeit, dass er nicht einmal in der Ueberschrift eines Aufsatzes von dieser Eventualität zu sprechen erlaubte. — Aber Moritz Schmidt, damals noch ein junger unbekannter Practiker, hat Recht behalten! Und wenn er auch in seiner Herzensbescheidenheit mit Stillschweigen über den Antheil hinweggeht, den er selbst an den hier erzielten Erfolgen hatte, es muss ihn doch in späteren Jahren mit stolzer Freude erfüllt haben, dass seine Weissagung von damals sich so glänzend erfüllt hat: Heute, 27 Jahre, nachdem v. Ziemssen die Heilbarkeit der Larynxphthise für eine undiscutirbare Utopie erklärt hatte, ist diese eine allbekannte und allseits anerkannte, selbstverständliche Thatsache geworden!

Das Besold-Gidionsen'sche Buch selbst ist und will sein eine von Practikern für Practiker geschriebene Abhandlung über die Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberculose, in der selbstverständlich auch alle hierher gehörigen theoretischen Fragen gebührende Berücksichtigung finden. Von Interesse sind zuvörderst die statistischen Daten. An einem Material von mehr als 2000 Fällen von Lungentuberculose wird gezeigt, dass in etwa einem Viertel der Fälle auch der Larynx erkrankt; Mund-, Rachen- und Nasentuberculose sind sehr selten (im Ganzen nur 19 derartige Fälle). Das männliche Geschlecht zeigt doppelt so viel Erkrankungen als das weibliche. Wenn es auch hauptsächlich die schweren Fälle von Lungentuberculose (III. Stadium der Turban'schen Eintheilung) sind, die am häufigsten zu einer Miterkrankung des Kehlkopfes führen, so finden sich doch oft genug auch schon im Anfangsstadium der Lungenerkrankung ernste Affectionen des Kehlkopfes.

Als Hauptformen der Larynxtuberculose werden aufgezählt: 1. das Infiltrat, 2. das Ulcus, 3. der Tumor tuberculosus, 4. das miliare Knötchen. Bei der Besprechung des Infiltrates wäre es vielleicht aus practischen wie theoretischen Gründen wünschenswerth gewesen, die Hyperplasien, die sich aus den Infiltraten durch die Organisation des Infiltrationsmaterials entwickeln, von den Infiltraten selbst zu unterscheiden. Bei der Bestimmung des Begriffes eines tuberculösen Tumors möchte ich mich, im Gegensatz zu den Verff., doch lieber an die engere Definition von Schech halten, durch welche die pathogenetisch und klinisch von dem wahren Tumor sehr differirenden tuberculösen Granulationen abgesondert

werden. Ein Uebergreifen der tuberculösen Entzündung auf das Perichondrium haben die Autoren wiederholentlich beobachtet, aber nicht ein einziges Mal eine sicher erwiesene eitrige Perichondritis.

Mit grosser Sorgfalt ist die Histologie der verschiedenen tuberculösen Erkrankungsformen bearbeitet; eine Reihe von instructiven Abbildungen unterstützen das Verständniss des Lesers. Frische Tuberkelansiedelung pflegt nach den Untersuchungen der Verff. meist in einem deutlich erkennbaren Verhältniss zu dem äussersten, unmittelbar unter dem Epithel gelegenen Gefässschlingenbezirk zu stehen. Die Epithelmetaplasie und -Hyperplasie, welche die Verff. gerade bei Tumoren hervorheben, findet sich, wie Ref. schon vor 15 Jahren gezeigt hat, nicht nur hier, sondern auch bei den verschiedenen Erscheinungsformen der Tuberculose, und ebenso bei allen möglichen anderen chronisch verlaufenden Processen.

Als anatomisches Substrat für jedes echte tuberculöse Geschwür fordern die Verff. mit Recht die Präexistenz des Tuberkels. — Bei der Discussion der Frage, auf welche Weise die Infection des Kehlkopfes bei schon bestehender Lungentuberculose zu Stande kommt, antworten die Verff. mit einem Ignoramus. Sie halten sowohl die Infection durch das vorbeipassirende Sputum, als auch die Infection auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn für möglich, führen aber eine ganze Reihe von gewichtigen Gründen an, die es nicht gerade wahrscheinlich erscheinen lassen, dass dies die gewöhnliche Art der Invasion der Tuberkelbacillen sei. Wenn auch die hier vorgebrachten Einwendungen jede Berücksichtigung verdienen, so kann ich doch den Einwand, den die Verff. Seite 50—51 aus ihrer Statistik gegen die Cornet'sche Annahme herleiten, nicht recht verstehen: nimmt doch die procentuale Zahl derer, die sicher an Larynxtuberculose litten ebenso, wie die Zahl derer, die einer Larynxtuberculose verdächtig waren, immer mit der Schwere der Lungenerkrankung zu.

Bei der Besprechung der Differentialdiagnose heben die Verff. hervor, dass syphilitische Erscheinungen wiederholentlich auf Jod nicht reagirten; erst durch eine nachfolgende Schmierkur konnte die Natur der Krankheit sicher gestellt werden. Dazu möchte ich bemerken, dass es, wenn man die Diagnose ex juvantibus stellen will, nach meinen Erfahrungen durchaus erforderlich ist, immer Hg und Jod zu gleicher Zeit zu verabreichen, und selbst auf diese Weise lassen sich Trugschlüsse nicht immer vermeiden.

Mit den therapeutischen Ansichten der Verff. ist der Ref. im Princip zumeist einverstanden: Der Belichtung des Kehlkopfes stehen die Herren mit Recht skeptisch gegenüber, die Elektrolyse ist sicher eine für die Kehlkopfbehandlung ungeeignete Methode; die Anwendung der Milchsäure bei geschlossenen Infiltraten ist entschieden ein Missbrauch, ebenso eine alle 2—3 Tage wiederholte Application derselben. Mit Genugthuung habe ich weiter gelesen, dass die Herren die Laryngofissur denn doch nicht für einen so ganz harmlosen Eingriff halten, wie man sie von anderer Seite hinstellt. Gern hätte ich noch gesehen, wenn die Verff. betont hätten, dass die Larynxexstirpation, diese grausige Verstümmelung, bei der Tuberculose nur für die allerseltensten Ausnahmefälle in Betracht kommt, unter Tausenden von Fällen wird sie immer nur einmal indicirt sein. Der Werth der galvanokaustischen endolaryngealen Behandlung scheint mir richtig eingeschätzt; nur

möchte ich zur Warnung bemerken, dass ich einmal bei einem Tiefenstich in der Gegend des Aryknorpels eine recht unangenehme Blutung erlebte, ich möchte also doch rathen, mit der Benutzung der dicken Porzellanbrenner und mit der Steigerung der Stromintensität bis zur Weissglühhitze vorsichtig zu sein. Bezüglich der Curettage aber stehe ich auf einem etwas anderen Standpunkt als die Verff. Das Auftreten von Dyspnoe und Dysphagie berechtigt meines Erachtens noch nicht zu chirurgischen endolaryngealen Eingriffen, deren Bedeutung für einen sensiblen Patienten die Verff. doch etwas zu unterschätzen scheinen. Ich halte Operationen in dieser Situation nur dann für gerechtfertigt, wenn man die Ueberzeugung hat, damit einen bleibenden oder wenigstens einen für geraume Zeit vorhaltenden Nutzen zu schaffen. Die Heissluftbehandlung und die Verabreichung von Jodkali mit Kalomel nach E. Holländer's Vorschlag sind nicht erwähnt.

Dass die Sanatorienbehandlung viele Vortheile bietet, ist zweifellos, aber sie bringt auch sicher Gefahren mit sich. Manch' jugendlicher Patient, der ausserhalb des Sanatoriums leicht zu lenken und zu überwachen ist, unterliegt dort der Versuchung und dem schlechten Beispiel. Das Schweigegebot kann zweifelsohne ausserhalb des Sanatoriums ebenso gut respectirt werden als drinnen. Dass in vielen Heilstätten, wie die Herren klagen, die laryngologische Ausbildung der ärztlichen Leiter zum Schaden ihrer Patienten viel zu wünschen übrig lässt, muss leider zugegeben werden. Ich sehe aber den Schaden nicht, wie die Verff., nur in den Unterlassungssünden, die dort begangen werden, vielleicht ebenso oft und ebenso schwer wird von den Herren, die wie kleine Könige in ihrem Gebiet schalten, zu viel gethan. Was soll man dazu sagen, wenn, wie ich es selbst erlebt habe, einer Patientin, die ich mit einer ganz minimalen Spitzenaffection in ein Sanatorium geschickt hatte, am 3. Tage ihres Aufenthaltes eine Spina des Nasenseptums operirt wird, weil „die Lungenaffection nicht ausheilen könne, bevor die Patientin nicht gut durch die Nase athmen könne" — oder wenn einem Patienten sub finem, d. h. 3 Tage vor seinem Tode, wegen Dyspnoe die Epiglottis exstirpirt wird? Diese Vorwürfe sind nun aber ganz gewiss nicht generell zu verstehen; es weiss niemand besser als ich selbst, dass auch unter den Anstaltsärzten zahlreiche Herren wohlerfahrene und zuverlässige Laryngologen sind, und ebenso lässt auch ausserhalb der Sanatorien die Indicationsstellung gewiss noch mancherlei zu wünschen übrig — peccatur intra et extra muros! Mit derartigen Uebelständen, die nun einmal jeder menschlichen Institution anhaften, werden wir schon noch eine Weile rechnen müssen; diese immer mehr zu verringern und unsere Erfolge in dem von Moritz Schmidt gehofften und gewünschten Sinne noch weiter zu verbessern, dazu bietet das vorliegende, auf so reicher Erfahrung aufgebaute Werkchen eine willkommene Anregung, die dem Interesse aller Fachgenossen bestens empfohlen sei. A. Kuttner (Berlin).

[Während der Herausgeber den allgemeinen Ausführungen des Herrn Referenten, besonders was die Laryngofissur und Kehlkopfexstirpation bei der Larynxtuberculose anbetrifft, warm zustimmt, ist es seinen Erfahrungen nach im Allgemeinen nicht möglich, das Schweigegebot ausserhalb des Sanatoriums so streng durchzuführen, als innerhalb desselben. Es ist gerade dieser Grund gewesen, der ihn zu dem in No. 93 dieser Nummer besprochenen Vortrage veranlasst hat.]

c) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Januar 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Watson Williams: Stereoskopische Skiagramme der Nebenhöhlen: frontale, laterale und transversale Ansicht, die Anwesenheit von Eiter in einigen Höhlen zeigend.

St. Clair Thomson: 1. Submucöse Resection des Septum bei einem 37jährigen Mann mit Beseitigung einer äusseren Deformität.

2. Submucöse Resection bei einem 15jährigen Knaben.

In der anschliessenden Discussion wird die Frage der allgemeinen Narkose und einige Details erörtert.

Horsford: Cyste des Nasenbodens.

Jobson Horne: Cystom des Larynx.

Es werden Präparate von dem Fall demonstrirt. In einem Fall erwies sich ein anscheinendes Cystom an der ary-epiglottischen Falte als ein locales Oedem.

W. H. Kelson: 1. Tumor des Gaumens bei einer 65jährigen Frau.

Die Diagnose schwankt zwischen Carcinom und Fibroadenom.

2. Ulceration der Epiglottis und Zunge.

Es handelt sich wahrscheinlich um eine inoperable maligne Geschwulst.

De Santi: Tertiäre Syphilis des Larynx.

Sehr ausgesprochener Fall mit Athmbehinderung, der durch Jod- und Hg-Behandlung nicht sehr beeinflusst wurde.

St. Clair Thomson empfiehlt Hg-Injectionen.

Lieven (Aachen) empfiehlt Tracheotomie und Calomelinjectionen (1 : 10 Vasenol). Gleichzeitige Jodanwendung könnte zu einer gefährlichen localen Reaction im Larynx führen.

J. B. Ball: Kehlkopferkrankung. Syphilis?

Scanes Spicer: Epitheliom des Larynx, vorgestellt November und December 1906.

Behandelt mit Impfungen von Micrococcus neoformans.

Watson Williams und Robinson halten die Geschwulst für stationär oder kleiner.

Horsford: Tonsillenerkrankung mit erheblicher Cervicaldrüsenanschwellung.

Diagnose schwankt zwischen maligner Geschwulst und Nephritis.

Cathcart: Fibrom des Larynx.



Februar 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Furniss Potter: 1. Fixation des linken Stimmbandes bei einer 45jährigen Frau.

Vor 15 Jahren Operation eines linksseitigen Kropfes. Vor 12 Monaten plötzlicher Verlust der Stimme. Das Aussehen spricht für eine Erkrankung im linken Cricoarythaenoidgelenk. Das Stimmband ist nahe der Mittellinie fixirt.

2. Tumor der Nasenscheidewand.

Ein rother, leicht blutender Tumor, der dem vorderen Theil des Septums auf der rechten Seite aufsass bei einer 39jährigen Frau, ein sogenannter „blutender Polyp“.

Parker hält Lupus für vorliegend, da auch die untere Muschel erkrankt ist.

Der Vorsitzende: Wenn Lupus vorliegt, so würde es sich empfehlen, um das Zustandekommen von Verwachsungen nach Operationen zu verhüten, dass man eine Fensterresection des Septums, das nach der erkrankten Seite zu verbogen ist, vornimmt.

St. Clair Thomson erwähnt den diagnostischen Werth des Adrenalins, nach dessen Application sich der Lupus deutlich roth von dem Untergrund abhebe; Lupus sei eine Contraindication gegen die Vornahme einer submucösen Resection.

Stuart Low: Grosser Tumor des weichen Gaumens und der linken Rachenwand bei einer 65jährigen Frau.

Mittheilung über den Verlauf der Operation, bei der starke Blutung auftrat.

Wyatt Wingrave hält den Tumor für ein typisches Cylindrom mit theilweisen Verkalkungen.

Betham Robinson: Kehlkopftuberculose (Fall zur Diagnose).

Abercrombie: Weiterer Verlauf des im Januar (unter Horsford's Namen) vorgestellten Falles von Halsdrüsenentzündung.

Die Anamnese ergiebt, dass die Adenitis 5 Tage nach der Operation an Tonsillen und Uvula in einer septischen Mundhöhle auftrat. Nachträglich fand sich bei der Incision der Anschwellung am Halse Eiter; dieser enthielt den Staphylococcus pyogenes. Es traten arthritische Symptome auf; Antistreptokokkenserum wurde gegeben und jetzt findet sich Pat. in Reconvalescenz.

Kelson: Abnormität am Halse.

Es handelt sich um ein abnormes Band, das entweder durch den Musc. omohyoideus oder die Fascie des M. digastricus gebildet wurde.

Dundas Grant: 1. Ulceration und Infiltration der rechten Kehlkopfseite. (Zur Diagnose.)

2. Lymphosarkom der Zungenbasis und Epiglottis (vorgestellt im November 1906).

Entfernung mittels Pharyngotomia lateralis nach Unterbindung der Arterien. Recidiv auf der linken Seite. Nach dem Rathschlusse Butlin's wurde die Ent-

fernung blutleer vorgenommen nach Unterbindung der rechten A. lingualis und facialis und der linken Carotis externa.

In das Recidiv wurde Papayotin injicirt und Arsen innerlich gegeben.

Parker: Geschwür der Tonsille. (Zur Diagnose.)

Barwell: Epitheliom der Tonsille.

März 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Hugo Löwy (Karlsbad): Mikroskopische Schnitte von Nasenpolypen, im Inhalt der erweiterten Drüsen eigenthümliche spiralige und geknotete Schleimfäden enthaltend.

Der Befund ist in der Festschrift zu Ehren Schroetter's beschrieben. Das Aussehen erinnerte an Asthmaspiralen. Möglicherweise werden sie durch Druckschwankungen in den Drüsengängen während der Respiration gebildet.

Davis: 1. Fissuren der Zunge.

In der Discussion wird erörtert, ob es sich um dyspeptische oder congenitale Fissuren handelte.

2. Papillome des Kehlkopfs (vorgestellt November 1906).

Die Geschwülste wurden mit Zange und Schlinge ausgeräumt. Es besteht noch Röthung der Stimmbänder und etwas Aphonie. Es wird 4proc. Milchsäure in Sprayform angewandt.

C. A. Parker: Kehlkopftuberculose bei einer 33jährigen Frau.

Pat. ist im Februar 1905 als typische Kehlkopf- und Lungentuberculose vorgestellt worden, die vier Schwangerschaften durchgemacht hat. Sie hat jetzt wiederum abortirt. Von 6 Kindern sind 3 an tuberculöser Meningitis gestorben. Pat. hat jetzt Dypnoe; die Regio supra- und subglottica ist stark entzündlich geschwollen.

Milligan: Abscess des rechten Stirnlappens infolge chronischer beiderseitiger Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung.

Patientin ist ein 20 jähriges Mädchen; es wurde an ihr die doppelseitige Killian'sche Operation vorgenommen; danach fühlte sie sich völlig wohl, klagte jedoch noch über ein dumpfes Gefühl im Kopf und hatte eine fötide Absonderung aus der Nase. Die Quelle derselben war auf der rechten Seite; sie konnte jedoch nicht genau festgestellt werden. Nach 6 Wochen traten intensive Kopfschmerzen auf und erhöhte Temperaturen. Die Temperatur blieb dann weitere 3 Wochen lang normal, stieg dann aber wieder an und Patientin starb. Bei der Obduction fand sich eine Abscesshöhle an der Unterfläche des rechten Stirnlappens; diese Höhle communicirte durch einen schmalen Fistelgang mit einer hinteren Siebbeinzelle und enthielt fötiden Eiter. Frische Meningitis war die unmittelbare Todesursache.

St. Clair Thomson demonstrirt das Gehirn eines ähnlichen Falles, in dem die Kopfschmerzen 18 Tage nach der Stirnhöhlenoperation anfingen. Makro-



skopisch konnte keine Communication mit dem Sinus festgestellt werden. Er glaubt, dass in seinem und Milligan's Fall ein latenter Abscess vor der Operation vorhanden war.

Tilley glaubt, dass Meningitis resultirend aus Stirnlappenabscess sehr viel häufiger durch Siebbein- als durch Stirnhöhlenerkrankung bedingt wird.

Watson Williams hält es rathsam, Eingriffe an den Siebbeinzellen, ausser den unteren vorderen, zu vermeiden, bis sie während der Stirnhöhlenoperation von vornher erreicht werden können.

Westmacott räth, die vorderen Siebbeinzellen auf dem endonasalen Wege in Angriff zu nehmen; dadurch würden viele äussere Operationen überflüssig.

Waggett glaubt, dass sowohl die vorderen wie die hinteren Zellen auf dem intranasalen Wege operirt werden sollten und dass günstige Resultate bei Stirnhöhlenfällen mittelst dieser Methode erreicht werden können.

Powell glaubt, dass das Intervall von 18 Tagen resp. 6 Wochen in den beiden Fällen für eine Infection während der Operation spräche.

St. Clair Thomson behauptet, dass die fronto-ethmoidalen Zellen in vielen Fällen auf dem endonasalen Wege nicht zugänglich seien.

Milligan hat in seinem Falle keine vorherige Ethmoidaloperation gemacht, weil er eine solche in Fällen, wo eine Radicaloperation in Aussicht genommen ist, für überflüssig hält.

Milligan: Exostose der Stirnhöhle.

Bei dem Patienten wurde im Jahre 1897, als er 60 Jahre alt war, eine Polypenoperation vorgenommen. Im Jahre 1904 geringes Recidiv. Im Jahre 1907 fand sich bei dem jetzt 70 jährigen Patienten eine grosse Knochengeschwulst in der linken Stirnhöhle, die das linke Auge nach unten und aussen dislocirte. Es wurde eine Operation vorgenommen, bei der sich zeigte, dass die Geschwulst breit vom Boden der Stirnhöhle entsprang. Erfolgreiche Entfernung.

Betham Robinson: Ausgedehnte Kehkopfpapillome.

5 jähriges Mädchen mit schwerer Dyspnoe; es wurden 19 intralaryngeale Operationen unter Chloroformnarkose im Laufe von 3 Jahren vorgenommen. Das Kind blieb häufig wochenlang frei von Symptomen, ging aber schliesslich, als es von chirurgischer Hülfe fern war, zu Grunde.

Der ganze Larynx inclusive der Hinterfläche des Ringkorpels und der Epiglottis war mit Geschwülsten bedeckt. Es fand sich Tuberculose der Lunge und der Bronchialdrüsen.

St. Clair Thomson: Rhinosklerom im Nasenrachen eines polnischen 19jährigen Mädchens.

Die Geschwulst im Nasenrachen hat das Aussehen eines Diaphragmas mit centraler Perforation.

St. Clair Thomson: 1. Endolaryngealer Tumor (zur Diagnose).

2. Sogenannter Prolaps des Ventrikels bei einer 50jährigen Frau.



3. Infiltration und Ulceration der Uvula bei einem Mann.

Es stellt sich heraus, dass es sich um Tuberculose handelte.

Peters: Lupus des Gaumens und Larynx mit Tuberkulin R. behandelt.

Milligan räth zur Tracheotomie.

St. Clair Thomson hat in Fällen von Halslupus keine guten Resultate vom Tuberkulin gesehen.

Peters: 1. Functionelle Gaumenparese bei einer 25jährigen Frau.

Pegler fand, dass bei der Patientin gelegentlich Contraction des Gaumens und Rhinolalia clausa bestand; er hält den Fall eher für Incoordination als für Parese.

2. Grosses Fibrom des Larynx bei einem 5jährigen Kinde.

Tracheotomie wegen Kehlkopfstenose. Entfernung des Tumor durch Spaltung des Ringknorpels. Später Thyreotomie und Entfernung eines anderen Fibroms. Jeder der Tumoren war haselnussgross.

3. Fall von Stirnhöhlenerkrankung; vorgestellt Juni 1906. Killian'sche Operation.

Stuart Low: Fälle von chronischer Stirnhöhlenerkrankung.

Nach der Operation wurde ein comprimirender Verband angelegt. Die Fälle waren 3—12 Jahre alt.

Paterson: Fremdkörper aus dem linken Bronchus entfernt.

Patient, ein 19 jähriger Mann, wurde 12 Stunden nach Aspiration des Fremdkörpers zuerst gesehen; die ersten Versuche der Entfernung misslangen infolge mangelnder Beleuchtung. Am nächsten Tage wurden die Versuche erneuert, ebenfalls in Chloroformnarkose; man sah jetzt den Fremdkörper im linken Bronchus. Mittels einer Killian'schen 9 mm-Tube und der Zange gelang die Entfernung leicht. Der Fremdkörper erwies sich als ein Stück Nussschale.

Scanes Spicer: 1. 75jähriger Mann mit inoperablem Carcinom des Pharynx, Larynx und der Drüsen, behandelt durch Impfungen mit Microcococcus neoformans; vorgestellt Juni und November 1906.

Die Geschwulst scheint etwas kleiner geworden.

2. Fall von Carcinom des Larynx und Pharynx; vorgestellt November, December 1906 und Januar 1907, behandelt mit Neoformans-Impfungen.

Der Zustand wechselt unaufgeklärter Weise von Zeit zu Zeit, im Ganzen macht die Geschwulst jedoch sehr langsame Fortschritte; Allgemeinzustand und Gewicht unverändert.

Watson Williams: Die Krankheit hat in den letzten 4 Monaten Fortschritte gemacht, jedoch langsamer, als in der vorhergehenden Zeit.

Middlemass Hunt: Mikroskopisches Präparat von Lipom der Trachea.

68jähriger Mann; seit 2 Jahren Dyspnoe. Man sah in der Trachea einen glatten, blassen, fest aussehenden Tumor. Durch Operation von aussen wurde ein haselnussgrosser Tumor von der hinteren Trachealwand entfernt, der mittels breiter Basis den ersten drei Ringen aufsass. Das Mikroskop zeigt, dass es sich um ein Lipom handelt. H. fand bisher nur ein subglottisches Lipom erwähnt; ein post mortem im linken Bronchus gefundenes (Rokitansky 1851).

Furniss Potter: Mikroskopisches Präparat von dem Septumtumor, vorgestellt Februar 1906.

Tuberculöser Tumor. E. B. Waggett.

d) Spanische medico-chirurgische Academie.

Sitzung vom 9. Februar 1907.

Cisneros: Totalexstirpation des Kehlkopfs.

60jähriger Patient; Carcinom, das sich auf beide Hälften des Kehlkopfs erstreckt und auch die Hinterwand ergriffen hat. Totalexstirpation in zwei Zeiten nach Le Bec. Heilung.

Compaired bevorzugt auch dies neue Verfahren. Er verwirft die Hemilaryngectomie in der Meinung, dass man in den frühzeitig diagnosticirten Fällen mit der Thyreotomie auskommt, in den anderen die Totalexstirpation machen soll.

Cisneros hält die Hemilaryngectomie für manche Fälle angebracht. Er hat sie 20mal mit Erfolg gemacht.

Sitzung vom 25. Februar 1907.

Botella: Vier Fälle von Oberkieferhöhlenempyem.

1. Alveolarfistel; Erweiterung derselben; Chlorzinkätzung, Spülungen; Heilung. 2. Empyem mit Fistel der äusseren Wand; Desault'sche Operation vor 4 Monaten; die Krankheit besteht noch. 3. Chronisches Empyem; Caldwell-Luc'sche Operation; Heilung. 4. Chronisches Empyem. Operation nach Claoné. Schnelle Heilung.

Die Durchleuchtung ist sehr unzuverlässig; das Mahu'sche Zeichen giebt uns Aufschluss über das Bestehen von Fungositäten.

Tapia ist für das Desault-Küster'sche Verfahren nicht eingenommen. Im Fall 3 hat man an Stelle der Caldwell-Luc'schen Methode die von Boenninghaus angewandt. Er selbst ist Anhänger des Caldwell-Luc'schen Verfahrens. Wenn viel Fungositäten vorhanden sind, kann man nach Claoné keine befriedigenden Resultate erzielen. Das Mahu'sche Zeichen hat nicht die Wichtigkeit, die Bottella ihm beimisst.

Laudate spricht sich gegen die Spülungen aus.

Botella bevorzugt Claoné, wenn wenig Fungositäten vorhanden sind, sonst den Caldwell-Luc.

Sitzung vom 4. März 1907.

Goyanes: Ein Fall von Nasenpolypen. Operation nach Partsch.

Grosse Schleimpolypen der linken Nasenhöhle, die das Septum nach rechts gedrängt hatten und in den Nasenrachen herabreichten. Ausserdem bestand eine Perforation in der lateralen Nasenwand, in der auch Polypen zum Vorschein kamen. Es war bereits per vias naturales operirt worden, jedoch waren Recidive eingetreten. Operation nach Partsch; man fand Polypen an der mittleren Muschel und dem Septum. Sinus intact. Heilung.

Tapia: Der Fall eignet sich zur Behandlung per vias naturales.

Rozo macht die Operation in Rose'scher Lage und unter völliger Anästhesie.

Sitzung vom 20. April 1907.

Cisneros: Zwei Fälle von Totalexstirpaton des Larynx.

C. stellt zwei kürzlich nach Le Bec operirte Fälle vor. Die Vortheile der zweizeitigen Operation bestehen darin, dass man die Schluckpneumanie vermeiden kann. In diesen Fällen besteht deutliche Pharynxstenose.

Sitzung vom 8. Juni 1907.

Compaired: Polysinusitiden.

I. 4jähriges Kind. Empyem beider Stirnhöhlen traumatischen Ursprungs; Fistelgang nach aussen. Trepanation, Extraction eines beweglichen Sequesters, Curettage. Verticalincision in der Regio nasalis; Exstirpation der vorderen Siebbeinzellen mit der Curette. Heilung.

II. 18jährige Kranke. Stirnempyem rechts. Trepanation; Curettage. Weiterbestehen des Schmerzes und Eiter links; Trepanation auf dieser Seite. Heilung.

III. 59jähriger Kranker. Oberkiefer-, Siebbein-, Keilbeinempyem. Caldwell-Luc'sche Operation; Abtragung der mittleren Muschel und der Siebbeinzellen. Curettage der Keilbeinhöhlen. Heilung.

Tapia.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. de Roaldès (New Orleans) ist zum Comthur des päpstlichen St. Gregorius-Ordens ernannt worden.

Dr. Keimer (Düsseldorf) hat den Professortitel erhalten und ist zum Leiter der laryngo-otologischen Abtheilung bei der Academie für practische Medicin ernannt worden.

Dr. Lannois (Lyon) ist gleichzeitig zum Professor an der Universität Lyon und zum Ritter der Ehrenlegion ernannt worden.

Prof. Spiess (Frankfurt a. M.) hat die Leitung der neu errichteten laryngologischen Abtheilung am Frankfurter städtischen Krankenhause übernommen.



I. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Türck-Czermak-Gedenkfeier.

Laryngo-rhinologische Ausstellung.

Unter dem Protectorate Sr. kaiserl. u. königl. Hoheit des durchlauchtigsten Herrn Erzherzog Franz Ferdinand.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

Nach dem bisher festgestellten Programm wird am 20. April um 8 Uhr Abends eine gesellige Zusammenkunft an einem später zu bestimmenden Orte, am 21. April die feierliche Eröffnung des Congresses stattfinden. Am 22. werden die Referate erstattet, am 23. beginnen die Vorträge.

Die weiteren Einzelheiten des Programms werden seinerzeit verlautbart werden. Für Damen werden Theilhaberkarten gegen Erlegung von 15 Kr. ausgegeben.

I. Referate.

1. Sir Felix Semon (London), Referent:
   Die Allgemeinbehandlung localer Leiden der oberen Luftwege.
2. B. Fränkel (Berlin), Referent. — Lermoyez (Paris), Correferent:
   Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medicinischen Standpunkt. — Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten.
3. Gleitsmann (New-York), Referent. — Heryng (Warschau), Correferent:
   Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege.
4. Burger (Amsterdam), Referent. — Gradenigo (Turin), Correferent:
   Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Röntgenstrahlen und des Radiums in der Laryngologie und Rhinologie.
5. Onodi (Budapest), Referent. — Kuhnt (Königsberg), Correferent:
   Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraums mit denen des Auges.
6. Jurasz (Heidelberg), Referent:
   Internationale Laryngo-Rhinologen-Congresse.

II. Vorträge.

1. Gluck (Berlin): Die Chirurgie im Dienst der Laryngologie (mit Demonstration von Patienten).
2. Heymann (Berlin): Das Liston-Garcia'sche Princip.
3. Heryng (Warschau): Ueber Inhalationstherapie.
4. Flatau (Berlin): Neuere Erfahrungen über die Phonasthenie.
5. Grossmann (Wien): Ueber die intrabulbären Verbindungen des Trigeminus zum Vagus.
6. Baumgarten (Budapest): Kehlkopf- und Oesophagusstenose und ihr Einfluss auf die Geschlechtsorgane.
7. Imhofer (Prag): Die Kenntniss der Kehlkopftuberkulose im griechischen und römischen Alterthum.
8. Massei (Neapel): Riesengeschwülste im Larynx.
9. Denker (Erlangen): Die operative Behandlung der malignen Tumoren der Nase.
10. J. Oller Rabasa (Barcelona): Thema vorbehalten.
11. Killian (Freiburg i. Br.): Die Röntgenphotographie im Dienste der Rhinologie (und eine Demonstration).
12. v. Eicken (Freiburg i. Br.): Unsere Erfahrungen mit der Killian'schen Stirnhöhlenoperation (und eine Demonstration).
13. Brünings (Freiburg i. Br.): Ueber technische und klinische Fortschritte auf dem Gebiete der Bronchoskopie (und eine Demonstration).
14. Nägeli-Aekerblom (Genf): Therapie bei Rachen- und Halskrankheiten in Genf um 1700.

15. Emil Glas (Wien): Zur Kritik der Massei'schen Gesetze.
16. Emil Glas und Emil Kraus (Wien): Kehlkopftuberculose und Gravidität.
17. Ullmann (Wien): Beiträge zum Verhältniss zwischen Exanthemen und Enanthemen bei typischen Dermatosen.
18. Katzenstein (Berlin): Ueber Versuche am Gyrus praecrucialis Owen.
19. Sendziak (Warschau): Die Frage der Radicalbehandlung des Kehlkopfkrebses in den letzten 50 Jahren (1858—1908).
20. Alb. Blau (Görlitz): Ueber Sensibilität und Reflexbahnen des Larynx.
22. Réthi (Wien): 1. Indicationen der Operationen an der Nasenscheidewand. 2. Einiges über die Pendelzuckung.
23. Onodi (Budapest): Ueber den diagnostischen Werth der Stirnhöhlendurchleuchtung.
24. Marquis (Chicago): (Demonstration) Enucleatio tonsillae.
25. Brieger (Breslau): Ueber die Bedeutung der Befunde von Rachenmandeltuberculose.
26. Jörgen Möller (Kopenhagen): Beiträge zur Kenntniss des Mechanismus der Brust- und Falsettstimme.
27. Struycken (Breda): Die optische Beobachtung von Luftschwingungen (Vocalklänge, Galtontöne etc.) und deren photographische Aufnahme (mit Demonstration).
28. Otto Mayer (Graz): Demonstration mikroskopischer Präparape.
29. Hajek (Wien): Meine Erfahrungen über meine endonasale Radicaloperation der Keilbeinhöhle.
30. Kanasugi (Tokyo): Ueber die Kehlkopfstörungen bei Beri-Beri.
31. Vohsen (Frankfurt a. M.): 1. Neue Behandlungsmethode des Nasenrachenkatarrhs und der Rhinitis vasomotorica.
32. Vohsen (Frankfurt a. M.): 2. Operation der bösartigen Mandelgeschwülste.
33. Vohsen (Frankfurt a. M.): 3. Methodik der Stirnhöhlen- und Kieferhöhlendurchleuchtung (mit Demonstration eines neuen Instruments).
34. Moure (Bordeaux): Considération sur la Trachéotomie-Thyrotomie.
35. Fein (Wien): Zur Fensterresection der Nasenscheidewand.
36. Hugo Stern (Wien).
37. Koschier (Wien): Die operative Behandlung des Larynxcarcinoms.
38. Schiffers (Siège): Trophödeme des Larynx.
39. Hennig (Königsberg): Der Einfluss der deutschen Meere (Nord- und Ostsee) auf die Tuberculose der oberen Luftwege.
*40. Mahu (Paris): Emploi de la baisse-langue autostatique en Rhino-Laryngologie.
*41. Tapia (Madrid): 1. Observations personnelles de corps étrangers des premiers voies respiratoires et digestives, enlevés au moyen de l'esophagoscopie et de la trachéo-bronchoscopie directes.
*42. Tapia (Madrid): 2. Collection des moulages en cire représentant des diverses lésions ésophagiques observées dans ma clinique.
*43. Vedova (Mailand): Su di alcuni punti relativi allo sviluppo della crista nasale nell'uomo.
*44. Vedova und Clerc (Mailand): Considerazioni cliniche e ricerche istopatologiche nelle riniti ipertrofiche.
*45. Weil (Wien): Ueber die conservative Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.
*46. Harmer (Wien): Ueber Lähmungen der Stimmlippen nach Strumaoperationen.
*47. Cauzard (Paris): 1. De l'esthétique dans le traitement chirurgical des sinusites frontales.
*48. Cauzard (Paris): 2. Ostéo-fibrôme du maxillaire supérieur ayant comblé la cavité du sinus.
*49. Cauzard (Paris): Extraction de deux arètes et d'une vertèbre de poisson munie de 2 arètes, de la trachée et du larynx d'un enfant de 18 mois par la méthode de Killian.
*50. Kahler (Wien): Ueber die Erfolge der radicalen Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.

*51. Löwe (Berlin): 1. Ueber die Freilegung des Naseninnern vom Munde aus.
*52. Löwe (Berlin): 2. Ueber die Aufdeckung der Hypophysis.
*53. L. Clerc (Mailand): Rilievi istopatologici sopra alcune neoplasie della laringe.
*54. Pardi (Mailand): Caratteristiche istologiche di alcuni tumori nasali e del rinofaringe.

* Nach dem 31. December 1907 angemeldete Vorträge.

Anmerkung. Diese Anordnung der Referate und Vorträge ist nur ein Vorschlag des vorbereitenden Comités, welcher den Herren Referenten das unbedingte Vorrecht sichern soll. Die endgültige Aufeinanderfolge von Referaten und Vorträgen hat erst das definitive Bureau des Congresses festzustellen.

Prof. Dr. O. Chiari,
Präsident des Executiv-Comités.

Angemeldete Mitglieder.

1. Oesterreich-Ungarn.

(Wien mit Ausnahme der Mitglieder der Wiener Laryngologischen Gesellschaft.)

1. Onodi, Budapest.
2. v. Navratil, Budapest.
3. Irsai, Budapest.
4. Zwillinger, Budapest.
5. Polyák, Budapest.
6. Lautin, Baden.
7. Eberstaller, Linz.
8. Pollak, Graz.
9. Erben, Graz.
10. Schoengut, Krakau.
11. Veth, Lussinpiccolo.
12. Laker, Graz.
13. Stern, Wien.
14. Catti, Fiume.
15. Kraus, Wien.
16. Frankenberger, Prag.
17. Mayer, Graz.
18. Pieniazek, Krakau.
19. Habermann, Graz.
20. Ullmann, Wien.
21. Panzer, Wien.
22. v. Grósz, Budapest.
23. v. Gámán, Kolozsvár.
24. Imhofer, Prag.
25. Baumgarten, Budapest.

2. Deutschland.

26. B. Fränkel, Berlin.
27. Heymann, „
28. Nast, „
29. Herzfeld, „
30. Hartmann, „
31. Pielke, „
32. Wehmer, „
33. Baginsky, Berlin.
34. Schoetz, „
35. Benkoff, „
36. Katzenstein, „
37. Gutzmann, „
38. Boldt, „
39. Löhnberg, Hamm i. W.
40. Winckler, Bremen.
41. Ruprecht, Bremen.
42. Kabsch, Liegnitz.
43. Fackeldey, Cleve.
44. Hoffmann, Dresden.
45. Hopf, Dresden.
46. Mann, Dresden.
47. Müller, Alwin, Leipzig.
48. Hansberg, Dortmund.
49. Haug, München.
50. Grünwald, München.
51. Thost, Hamburg.
52. Schmidt, Reichenhall.
53. Bresgen, Wiesbaden.
54. Schmidt, Würzburg.
55. Seifert, Würzburg.
56. Spiess, Frankfurt a. M.
57. Vohsen, Frankfurt a. M.
58. Avellis, Frankfurt a. M.
59. Fabian, Mülheim a. R.
60. Gerber, Königsberg.
61. Killian, Freiburg i. Br.
62. Strübing, Greifswald.
63. Jurasz, Heidelberg.
64. Brieger, Breslau.
65. Keimer, Düsseldorf.
66. Joël, Gerbersdorf.
67. Lieven, Aachen.
68. Tornwaldt, Danzig.
69. Blumenfeld, Wiesbaden.
70. Noltenius, Bremen.
71. Siegel, Berlin.
72. Denker, Erlangen.
73. Alexander, Reichenhall.
74. Rosenberg, Berlin.
75. Bock, München.
76. Cohnstädt, Erfurt.
77. Cordes, Berlin.
78. Mader, München.
79. Kuttner, Berlin.
80. Barth, Leipzig.
81. Neumayer, München.
82. Kuhnt, Königsberg.
83. Mayr, Würzburg.
84. Kuhn, Kassel.
85. Bernatzky, Neisse.
86. v. Eicken, Freiburg i. Br.
87. Brünings, Freiburg i. Br.
88. Gluck, Berlin.
89. Hirsch, Göttingen.
90. Ostmann, Marburg.
91. Flatau, Berlin.
92. Blau, Görlitz.
93. Lichtheim, Königsberg
94. Schmidt, Halle a. S.
95. Leutert, Giessen.
96. Hennig, Königsberg.

3. Ausland.

97. Mackenzie Broth., Aberdeen.
98. Botella, Madrid.
99. Urunuela, Madrid.
100. Jacques, Nancy.
101. Vedova, Mailand.
102. Lake, London.
103. Semon, London.
104. Pritchard, U. London.
105. Bayer, Gand.
106. Eemann, Gand.
107. Heyninx, Brüssel.

108. Capart père, Brüssel.
109. Capart fils, Brüssel.
110. Wadon, Brüssel.
111. Delstanche, Brüssel.
112. Schiffers, Liége.
113. Baber, Brighton.
114. Mermod, Lausanne.
115. Schmiegelow, Kopenhagen.
116. Maljutin, Moskau.
117. Posthumus Meyjes, Amsterdam.
118. Pel, Amsterdam.
119. Slotemaker, Zwolle.
120. Loopuijt, Dordrecht.
121. Struycken. Breda.
122. Furet, Paris.
123. Lermoyez, Paris.
124. Bronner, Bradford.
125. Moure, Bordeaux.
126. Moritz, Manchester.
127. Coggeshall, New-York.
128. Felix, Bukarest.
129. Dimitriadis. Athen.
130. Nager (ev. Sohn) Luzern.
131. Wagner, Montreux.
132. Pooly, New-York.
133. Cisneros, Madrid.
134. Mayer, New-York.
135. Stangenberg, Stockholm.
136. Luc, Paris.
137. Sokolowski, Warschau.
138. Miller, New-York.
139. Melzi, Mailand.
140. Middlemas Hunt, Liverpool.
141. Heryng, Warschau.
142. Gleason, Detroit.
143. Solis-Cohen, Philadelphia.
144. Baradet, Cannes.
145. Lefferts, New-York.
146. Brown Kelly, Glasgow.
147. Bichaton, Reims.
148. Thomson, London.
149. Baudhuin, Namur.
150. Mignon, Nizza.
151. Braden Kyle. Philadelphia.
152. Mann, St. Paul.
153. Loeb, St. Louis.
154. Forus, Madrid.
155. Zaalberg, Amsterdam.
156. Moll, Arnheim.
157. Davis, London.
158. Dean, Jowa City.
159. Labus, Mailand.
160. Waggett, London.
161. Woods, Dublin.
162. Scanes Spicer, London,
163. Taptas, Konstantinopel.
164. Chichele Nourse, London.
165. Milligan, Manchester.
166. Newcomb, New-York.
167. Magd. Collier, London.
168. Frederick Spicer, London.
169. Ferreri, Rom.
170. Faraci, Palermo.
171. Tapia, Madrid.
172. Cartaz, Paris.
173. Jobson Horne, London.
174. Westmacott, Manchester.
175. Jakins, London.
176. Chauveau, Paris.
177. Trivas, Nevers.
178. Koenig, Paris.
179. Grossard, Paris.
180. Pugnat, Genf.
181. Sargnon, Lyon.
182. Oller Rabasa, Barcelona.
183. Compaired, Madrid.
184. Gill Wishard, Toronto (Kanada).
185. Lagerlöf, Stockholm.
186. Birkett, Montreal (Kanada).
187. Barajas, Madrid.
188. Berini, Barcelona.
189. Hare, Fresno (Kalifornien).
190. Nägeli Aekerblom, Genf.
191. Jose de Slobet, Gerona (Spanien).
192. Elias, Bukarest.
193. Sedziak, Warschau.
194. Invelyan, Leeds.
195. Möller, Kopenhagen.
196. Burger, Amsterdam,
197, Flaivre, Poitiers.
198. Gaudier, Lille.
199. Paterson, Cardiff.
200. Kon, Leiden.
201. Oloriz, Granada.
202. Massei, Neapel.
203. Marquis, Chicago.
204. Kanasugi, Tokyo.
205. Collet, Lyon.
206, Stucky, New-York.
207. Grazzi, Florenz.
208. Gleitsmann, New-York.
209. Siegrist, Bern.
210. Mouret, Montpellier.
211. Logan Turner, Edinburgh.
212. van Anrooy, Rotterdam.
213. Mackenzie, Baltimore.
214. Margaret Butler, Philadelphia.
215. Garel, Lyon.
216. Cauzard, Paris.
217. Clarc, Mailand.
218. Pardi, Mailand.

Wien, im Januar 1908.

Der Secretär:
Prof. Dr. M. Grossmann m. p.
IX. Garnisongasse 10, Wien.

Der Kassirer:
Dr. G. Scheff m. p.
I. Hoher Markt 4, Wien.

Der Präsident:
Hofrath Prof. Dr. O. Chiari m. p.
I. Bellariastrasse 12, Wien.

Berichtigung.

In dem Nachruf an Moritz Schmidt war auf Grund einer in der Frankfurter Zeitung gemachten und dort nicht widerrufenen Angabe die Mittheilung gemacht worden, dass der Verstorbene angeordnet habe, dass nach seinem Tode seine Lungen secirt werden sollten, um eventuell Anhaltspunkte darüber zu gewinnen, ob der stete Verkehr mit Lungen- und Halskranken auf den Organismus des behandelnden Arztes von Einfluss sei, „und dass bei der Section die Lungen sich vollkommen gesund und intact gezeigt hätten". — Wie mir Herr College Avellis (Frankfurt a. M.) mittheilt, ist diese Angabe nicht richtig. Es fand sich in einem Unterlappen ein ausgeheilter Herd von Tuberculose, der seiner Lage nach wohl einer Aspiration verdankt sein konnte. — Da es sich in diesem Falle um eine wissenschaftliche Wahrheit handelt, deren Constatierung dem Verstorbenen offenbar sehr am Herzen gelegen hat, so halte ich es für meine Pflicht, die ursprünglich im besten Glauben gemachte, aber irrthümliche Angabe zu berichtigen.

Felix Semon.

Neues Specialjournal.

Im April 1908 wird die erste Nummer der „Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete" unter Redaction von Dr. Felix Blumenfeld (Wiesbaden) und im Verlag von A. Stuber (Würzburg) erscheinen. Die neue Zeitschrift will „unter Betonung practischer Gesichtspunkte eine Stätte für Publicationen aus dem Gesammtgebiete der Laryngologie und Rhinologie sein", und soll nach dem Glauben des Herausgebers und Verlegers eine „Lücke in der Literatur des Specialfaches ausfüllen". „Das Literaturverzeichniss soll ein lückenloser Nachweis der Autoren und Titel sämmtlicher Arbeiten aus folgenden Gebieten sein. Laryngo-Pharyngo-Rhinologie, Tracheo-Broncho-Oesophagoskopie, Krankheiten der Mundhöhle, des Ohres, der Schädelhöhle, der Orbita, der Lunge, der Haut etc., als Grenzgebiete, d. h. insofern als die betreffende Materie in engem Zusammenhang mit dem Hauptgebiet (Laryngo-Rhinologie) steht."

Druckfehlerberichtigung.

In der Novembernummer 1907 des Centralblatts sind in einem Referat von Albanus (Zarniko) über eine Arbeit von Dr. Heryng (Warschau) zwei sinnlose Druckfehler stehen geblieben, die hiermit berichtigt werden:

Auf Seite 399, Zeile 12 von oben muss es heissen statt „Sprayform" „Lyraform".
Auf Seite 399, Zeile 17 von oben muss es heissen statt „Sprayrohr" „Lyrarohr".

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, März. 1908. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **G. Cohn** (Königsberg). **Klinische Beobachtungen im Jahre 1904.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 64.*

Verf. bespricht die wesentlichen Vorkommnisse aus dem Material der Gerber'schen Poliklinik und zwar: 1. Paresen der Stimmlippen (58 Fälle). 2. Noduli chordarum vocalium. 3. Neubildungen des Naseninneren. 4. Adenoide Vegetationen. 5. Nebenhöhlenempyeme.

F. KLEMPERER.

2) **Heermann** (Kiel). **Aseptik in der Ohren- und Nasenchirurgie.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 82. 1907.*

In der vorliegenden Arbeit schildert H. die von ihm geübte Aseptik, die sich in der Hauptsache auf die Ohrenchirurgie bezieht.

SEIFERT.

3) **Gluck** (Berlin). **Demonstration von Erfolgen der Halschirurgie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 13. Vereinsbeilage. 1906.*

Vorführung von Patienten, bei denen trotz vorgenommener ausgedehnter Radikaloperation des Kehlkopfes und des Pharynx die Schluckpneumonie vermieden wurde, indem „die Trachea unterhalb des Krankheitherdes quer durchschnitten, ein queres Hautknopfloch im Jugulum angelegt und durch dieses Hautknopfloch der resecirte Trachealstumpf hindurchgezogen und daselbst circulär vernäht wurde."

Bei halbseitigen Kehlkopfoperationen bildet der Autor durch Implantation eines rechteckigen Hautlappens in den Defect eine Laryngoplastik, die durch Fixiren durch Nähte einen guten Abschluss gegen Mund- und Wundsecret gewährt.

In 21 Fällen von halbseitiger und Total-Exstirpation der Zunge führte Verf. nie die temporäre Kieferresection aus, sondern nahm nach tiefer Tracheotomie und nach einem bogenförmigen Hautschnitt von einem zum anderen Warzenfortsatz Unterbindung der Arteriae linguales, Eröffnung des Pharynx in der Regio subhyoidea vor. Danach feste Vernähung des Larynxeinganges. Dann Durchleitung der Zunge vom Mundboden aus in die Halswunde und Exstirpation. Ver-

nähung des Mundbodens unter reichlicher Anwendung von Tampons zur Wundsecretaufsaugung.

Bei Totalexstirpation des Larynx und Pharynx wird Kehlkopf und Schlundrohr vor der Wirbelsäule ganz freigelegt. Dann bei hängendem Kopf Eröffnung des Pharynx in der Regio subthyreoid., quere Durchtrennung und Vernähung des Pharynxstumpfes. Durchschneidung der Trachea. Der Trachealstumpf wird, wie bei der Kehlkopfexstirpation, in das Jugulum eingenäht. „Der Oesophagusstumpf wird mit Péans gefasst, es kommt ein Schlauch in die Speiseröhre, und daselbst wird der Schlauch durch Nähte fixirt.“ Tamponade des intermediären Wundraums, darüber Vernähung der Haut. Nach 3—4 Wochen kann schon die besonders construirte Prothese für Pharynx und Oesophagus vom Munde aus eingeführt werden, bei der sich ein Trichter an den Zungengrund anlegt. Der Patient kann damit gut essen und trinken.

Demonstration sehr guter Erfolge bei sonst prognostisch ungünstigen Fällen bei gleichzeitigem Carcinom des Pharynx, Larynx und Oesophagus, bei Zungencarcinomen, ausgedehnter Tuberculose des Pharynx, der Tonsillen, des Zungengrundes und des Larynx.

In der Discussion erörtert Gutzmann (Berlin) die Möglichkeiten, wie beim Zungendefect die einzelnen Sprachlaute gebildet werden können. Ewald (Berlin) bemerkt, dass vor allem durch die Rachenmusculatur der Schluckact zu Stande komme, wie sich an den operirten Fällen zeigt, die gut schlucken können, obwohl ein Theil des Oesophagus fehlt.

ALBANUS (ZARNIKO).

4) **L. Polyak** (Budapest). **Ueber die Anwendung der Hyperämie als Heilmittel nach Bier bei Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 313.*

Verf. berichtet sehr eingehend über die Methodik und die Resultate seiner Behandlungsversuche an 56 Fällen verschiedenartiger Erkrankung der oberen Luftwege. Seine mit aller Reserve ausgesprochene vorläufige Ansicht geht dahin, dass acut katarrhalische, eitrige und auch phlegmonöse Entzündungen des Nasenrachens, Rachens und der Tonsillen sich zur Behandlung eignen, aber auch chronische Eiterungen der Bursa, mit oder ohne Krustenbildung, einer combinirten Saug- und Stauungsbehandlung unterworfen werden sollten. Bei acuten katarrhalischen Erkrankungen des Kehlkopfes, ebenso bei chronischen mit zähem oder trockenem Secret, ferner bei Tuberculose will Verf. die Versuche noch fortsetzen; die bisherigen haben zu einem sicheren Urtheil nicht geführt.

F. KLEMPERER.

5) **L. Mader** (München). **Ueber Röntgentherapie in den oberen Luftwegen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 1.*

Verf. bespricht sein Instrumentarium, insbesondere die Rachenkehlkopfröhre, durch welche alle Regionen der oberen Luftwege der therapeutischen Wirkung der Röntgenstrahlen zugänglich gemacht sind, und seine Technik. Seine bisherigen Erfahrungen mit der Röntgentherapie der oberen Luftwege fasst er in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die Schleimhaut der oberen Luftwege ist gegen Röntgenstrahlen nicht besonders empfindlich; noch weniger ist es die Zunge, wie Muskeln

überhaupt. 2. Das adenoide Gewebe besitzt eine gewisse Empfindlichkeit für X-Strahlen. 3. Die Röntgenstrahlen scheinen auf die nervösen Symptome entzündlicher Halsaffectionen eine beruhigende Wirkung zu haben. 4. Eine unschädliche, aber heilsame Röntgenreaction im Halse und auf der Zunge kann sich in dieser Weise abspielen, dass nur subjective Erscheinungen (ziehendes, brennendes, juckendes, reissendes Schmerzgefühl) auftreten; wenigstens können dabei objective Symptome makroskopisch nicht sicher erkannt werden. 5. Die Röntgenstrahlen sind im Stande, bei Carcinomen der Mund- und Halsorgane eine günstige Beeinflussung auszuüben, einmal indem sie schmerzstillend wirken, sodann indem sie Carcinomgewebe und -geschwüre zum Verschwinden zu bringen und in Narbengewebe umzuwandeln vermögen. 6. Schädliche Nebenwirkungen sind bisher nicht vorgekommen.

F. KLEMPERER.

6) Frederick Menge. **Klinische Notizen über die Wirkung eines neuen Jodpräparates in Anwendung auf Nase und Hals. (Clinical notes on the action of a new Iodine preparation in nose and throat work.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Bericht über eine Jod-Methylenverbindung (Formidin), die in Glycerinemulsion bei grossen Abscessen benutzt wird. Das Mittel riecht nicht, färbt die Gewebe nicht und verursacht keinerlei Reizung.

EMIL MAYER.

7) J. Broeckaert. **Histologische Studie über den Einschluss von Vaselin und Paraffin in die Gewebe. (Étude histologique de l'inclusion de la vaseline et de la paraffine dans les tissus.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 12. 1906.*

Unter Beibringung mikrophotographischer Reproductionen gelangt Verf. zu dem Ergebniss, dass das Bindegewebe das solide Paraffin nicht vollständig resorbirt, wie Kirchner behauptet: er beweist auf diese Weise die Superiorität des soliden Paraffins über die weichen Paraffine.

Diese histologischen Untersuchungen bekräftigen ausserdem die zahlreichen Erfolge der Methode.

PARMENTIER.

8) S. H. Large. **Die sicherste Methode der subcutanen Paraffinanwendung. (The safest method of using paraffine subcutaneously.)** *The Laryngoscope. April 1907.*

Paraffin soll nicht zu heiss angewandt, nach der letzten Methode Gersuny's injicirt werden und zwar nicht zu viel in einer Sitzung. Instrumente, Paraffin und Operationsfeld müssen absolut aseptisch sein; es muss genug lockeres Gewebe vorhanden sein, um die Bildung des künstlichen Tumors zu gestatten; in Fällen von atrophischer Rhinitis darf die Krankheit nicht zu weit vorgeschritten sein, es soll kein Paraffin von zu hohem Schmelzpunkt gebraucht werden.

EMIL MAYER.

9) Eckstein. **Injectionen und Implantationen von hartem Paraffin. (Injections et implantations de paraffine dure.)** *XX. Congres f. Chirurgie. Paris. 7. bis 12. October 1907.*

E.'s Erfahrungen basiren auf fast 1000 Injectionen, die er bei 400 Kranken

gemacht hat. Er hat niemals einen Unglücksfall gehabt und die Erfolge sind constant gewesen. Er bedient sich der Broeckaert'schen Spritze und verwendet hartes Paraffin. Er empfiehlt auch die Implantation von Platten und Blöcken sehr harten Paraffins, die vorher entsprechend der beabsichtigten Correction zurechtgeschnitten sind.

Broeckaert (Gent) hat mehr als 270 Nasenprothesen gemacht. Die von andern Seiten berichteten Unglücksfälle sind auf Fehler der Technik zurückzuführen. B. macht gleichfalls die Implantation. Er hat sogar die totale Resection der Nase mittels der Decortication ausgeführt, und dann auf die blutige Fläche einen vorher zurechtgeschnittenen Block von Paraffin von 80° Schmelzpunkt applicirt.

GONTIER de la ROCHE.

10) **A. Onodi** (Budapest). **Eine neue Spritze zum Gebrauch für starres Paraffin.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 195.*

Abbildung der Spritze, die bei Pfau (Berlin, Dorotheenstrasse 67) zu beziehen ist.

F. KLEMPERER.

11) **Kausch** (Berlin). **Fremdkörper der Speiseröhre und Luftröhre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51. Vereinsbeilage. 1906.*

Kurze Mittheilung über 10 Fälle, 6 die Luftröhre, 4 die Speiseröhre betreffend. Ein Fall verlief letal.

ALBANUS (ZARNIKO).

12) **Maurycy Hertz** (Warschau). **Sechs Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 5. 1907.*

Fall 1. Einjähriges Kind, Fremdkörper (dreieckiges Glasstück mit dicken, glatten Rändern) unterhalb der Epiglottis eingekeilt. Intralaryngeale Entfernung gelingt nicht. Mittels Sonde wird durch die Tracheotomiewunde der Fremdkörper von unten nach oben geschoben und durch die gleichzeitg in den Mund bis zur Epiglottis eingeführten Finger der linken Hand aufgenommen. Glatte Heilung.

Fall 2 u. 3. Knabe von 3, Mädchen von 6 Jahren: Die in den tieferen Luftwege sitzenden Fremdkörper (Bohne und Kürbiskern) wurden nach einigen Tagen wieder ausgehustet.

Fall 4. 6jähriges Mädchen; 7 Tage nach der Tracheotomie wurde der Fremdkörper (Sonnenblumenkern) ausgehustet.

Fall 5. 8jähriger Knabe: Ganz junge, ovale Kastanie in stacheliger Hülle von der Grösse einer Bohne zwischen den Stimmlippen eingekeilt. Intralaryngeale Entfernung ohne Anästhesie.

Fall 6. 45jährige Patientin: Stecknadel im Larynx, parallel den Stimmlippen. Intralaryngeale Entfernung unter Cocainanästhesie mit spät eintretenden und langandauernden Cocain-Intoxicationserscheinungen.

Anschliessend Erörterungen über Pathologie und Therapie der Fremdkörper in den Luftwegen, die nichts Neues enthalten. Die Killian'sche Tracheo- und Bronchoskopie erwähnt der Autor nicht.

HECHT.

13) **J. Fein** (Wien). **Zur Nothwendigkeit der laryngoskopischen Untersuchung bei Fällen von aspirirten Fremdkörpern.** *Wiener med. Wochenschr. No. 25. 1907.*

Ein Reissnagel stak mit dem nach vorne gerichteten Stifte in der laryngealen Fläche der Epiglottis derart fest, dass von dem Stifte nichts zu sehen war. Die Platte selbst stand fast horizontal. Weder Heiserkeit noch Schluckschmerz, noch Athembehinderung. Entfernung mit der Drahtschlinge. CHIARI-HANSZEL.

14) **Brindel. Fremdkörper der Luftwege; Tracheotomie; spontane Expulsion durch die Trachealwunde. (Corps étranger des voies aériennes; trachéotomie; expulsion spontanée par la plaie trachéale.)** *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. 11. August 1907.*

Das Kind zeigte ein enormes Emphysem, das den ganzen Thorax und das Gesicht einnahm, und war asphyctisch. Der Fremdkörper — eine Bohne — wurde wenige Minuten nach der Tracheotomie durch die Trachealwunde ausgehustet. Wegen des Emphysems wurde vorsichtshalber eine Canüle liegen gelassen. Das Emphysem war sicher infolge vorhergehender Extractionsversuche mit der Pincette zu Stande gekommen. Heilung. CARTAZ.

15) **Guisez. Extraction von Fremdkörpern mittels Broncho-Oesophagoskopie. (Extraction de corps étrangers par la broncho-oesophagoscopie.)** *Société de Pédiatrie. 17. December 1907.*

Demonstration von 3 Fremdkörpern, eines Pflaumenkerns, einer Schote und eines Kürbiskerns. GONTIER de la ROCHE.

16) **Kessner** (Potsdam). **Stirnbinde zur Befestigung von Beleuchtungsspiegeln und elektrischen Lampen. Aenderung an Kirstein'scher Lampe.** *Mit 4 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 10. 1907.*

Der Titel giebt den Inhalt der Publication wieder. Die Abbildungen geben ein klares Bild von den von K. getroffenen Abänderungen. HECHT.

17) **A. Schoemann** (Bern). **Sauerstoff-Gasglühlicht.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 192.*

Sch. führt den Sauerstoff aus dem Stahlcylinder mittelst Gummischlauches unter schwachem Druck von höchstens $^1/_2$ Atmosphäre von unten her dem glühenden Auerstrumpf zu. Die Lichtintensität ist die einer kleineren, elektrischen Bogenlampe, der O-Verbrauch ungefähr 12 Liter pro Minute. F. KLEMPERER.

18) **Delpech. Acetylen-Stirnspiegel. (Miroir frontal à acétyleine.)** *Société de Chirurgie. 10. December 1907.*

Mittels einer ingeniösen Anordnung macht Verf. die einfache Radfahrer-Acetylenlampe zur Stirnlampe und empfiehlt dies als Nothbehelf für gewisse dringliche Eingriffe. GONTIER de la ROCHE.

19) **Sprenger** (Stettin). **Ein Taschenbesteck für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie Bd. 18. S. 392.*

Abbildung und Beschreibung des Bestecks, das bei Walb (Heidelberg) und Pfau (Berlin) zum Preise von 60 M. erhältlich ist. F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

20) **Anglade** und **Robert. Ueber einige Details der histologischen Structur des Riechnerven. (Sur quelques détails de la structure histologique du nerf olfactif.)** *Journal de méd. de Bordeaux. No. 9. 1907.*

Verff. haben die Stützsubstanz des Olfactorius ausschliesslich aus Neuroglia gebildet gefunden. Im Centrum ist das Neuroglianetz zarter und zeigt die Stelle eines verschwundenen Hohlraums an. BRINDEL.

21) **Vimont. Ueber einen Fall von traumatischer Anosmie. (Sur un cas d'anosmie traumatique.)** *Société de méd. légale. 12. Februar 1906.*

Durch einen Sturz wurde ein Arbeiter schwer am Kopf verletzt; es trat bald Heilung ein, jedoch constatirte Patient, nachdem er seine Arbeit wieder aufgenommen hatte, dass er keine Gerüche mehr wahrnahm. Für den Patienten hatte diese Folge des Unfalls insofern grosse Bedeutung, als er Gasarbeiter war und nun nicht mehr im Stande war, das Entweichen von Gas erkennen zu können.

A. CARTAZ.

22) **Siegmund** (Berlin-Wilmersdorf). **Head's Zonen als Mittel zur Erkennung der nasalen Reflexneurosen.** *Med. Klinik. No. 49—51. 1907.*

Die von Head als Maxime bezeichneten empfindlichsten Stellen nennt Siegmund Hauptstellen oder Höfe; in diesen unterscheidet er noch eine besonders empfindliche kleine Stelle, den Kern. Er führt eine Anzahl von Krankengeschichten an, in welchen nasale Stirnbeschwerden von der Nase aus günstig beeinflusst werden konnten. SEIFERT.

23) **Réthi** (Wien). **Ueber Kopfschmerz nasalen Ursprungs.** *Wien. klin. Wochenschrift. Bd. 62. 1907.*

Durch Affectionen der mittleren Muschel werden häufig Kopfschmerzen ausgelöst, entweder durch Zerrung von sensiblen Nerven in Folge stärkerer Füllung der Bluträume oder durch Druck auf die gegenüberliegende Septumschleimhaut, oder durch Veränderung des Luftdruckes in den Nebenhöhlen in Folge von Verstopfung des Ostiums durch die Schwellung des Muschelrandes. SEIFERT.

24) **Percy Fridenberg. Psychische Symptome bei Nasenaffectionen. (Mental symptoms in nasal affections.)** *N. Y. Medical Record. 29. Juni 1907.*

Verf. bespricht die Nasenkrankheiten als Ursache und Wirkung von neurasthenischen Erscheinungen, ferner die sexuelle Osphresiologie, dann die reflectorisch von der Nase ausgehenden Kopfschmerzen, ferner den Zusammenhang zwischen den adenoiden Vegetationen und geistiger Minderwerthigkeit der Kinder und schliesslich nimmt er Bezug darauf, dass Stucky über ernste psychische Erkrankungen, wie Melancholie mit Suicidium, bei acuten und chronischen Nebenhöhlenaffectionen berichtet. LEFFERTS.

25) **C. Ziem. Ueber die Bedeutung von Nasenkrankheiten bei Behandlung sog. skrofulöser Erkrankungen der Augen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 6. 1907.*

Eignet sich nicht zu einem zusammenfassenden Referate. HECHT.

26) **Pottier. Schilddrüsenextract bei Heufieber. (Thyreoid extract in hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

P. berichtet über drei Fälle, in denen das Heufieber durch Schilddrüsentherapie günstig beeinflusst wurde. LEFFERTS.

27) **Heymann. Schilddrüsenextract bei Heufieber. (Thyreoid extract for hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 10. August 1907 und Arch. intern. de laryng. No. III. Mai-Juni 1907.*

Der Fall von Tobias, bei dem nach einer Thyreodectomie die bis dahin bestandenen Heufiebererscheinungen verschwanden, führte Verf. dazu, klinische Versuche mit Schilddrüsenextract zu machen. Er behandelte im Ganzen 19 Fälle mit Schilddrüsentabletten und erhielt sehr ermuthigende Resultate. Bei drei Patienten wurde die Behandlung lange vor der Zeit der zu erwartenden Anfälle eingeleitet und in allen diesen Fällen blieben diese gänzlich aus. Den Patienten wurde nebenbei untersagt, bei offenem Fenster zu schlafen, im vollen Sonnenschein spazieren zu gehen und auf der Eisenbahn zu fahren. Bei den übrigen 16 Patienten waren die Heufieberanfälle viel milder als in den vorhergehenden Jahren: 12 von ihnen führten dies auf die Behandlung zurück, die anderen vier erklärten die Besserung damit, dass das vorhergehende Jahr ungewöhnlich feucht und kalt gewesen war. Es liess sich beobachten, dass die Besserung der Krankheit im Verhältniss stand zu der Länge der Zeit, während der das Schilddrüsenextract angewandt wurde. Es wurden täglich 1—3 Tabletten gegeben, deren jede 0,3 Thyreoidsubstanz enthielt. In keinem Falle wurden toxische Symptome beobachtet; nur ein Patient musste nach einer Woche wegen Intoleranzerscheinungen seitens des Magens mit der Cur aufhören. LEFFERTS.

28) **J. Pereira. Bemerkungen über Symptome und Behandlung des Heufiebers. (Notes on the symptoms and treatment of hay-fever.)** *Lancet. 13. Juli 1907.*

In den meisten Fällen sind zuerst die Augen afficirt; alle anderen Symptome sind zum grössten Theil reflectorischer Natur (?). Es sollen Schutzgläser getragen werden, um den Staub etc. abzuhalten. ADOLPH BRONNER.

29) **G. G. Glaser. Difformitäten der Nasenscheidewand.** *Dissert. med. Bern 1906.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

30) **Chevalier Jackson. Septumperforationen; ihr Verschluss durch plastische Operation. (Septal perforations; their closure by plastic operation.)** *N. Y. Medical Record. 12. October 1907.*

In der unteren Muschel wird mittels Kyle's rechtwinkligen Tonsillenmessers oder Ballenger's oder Freer's Septummessers durch zwei parallele Einschnitte ein zungenförmiger Lappen ausgeschnitten; die Schnitte gehen durch die ganze Dicke der Mucosa nebst etwas von der Mucosa. Der Lappen haftet vorne an und ist hinten frei beweglich. Er muss mindestens 6 mm in der verticalen Richtung grösser sein als die Perforation und muss reichlich lang sein, gewöhnlich fast so lang wie die Muschel. Nach Abpräparirung des Lappens werden die

Ränder der Perforation mit einem Kataraktmesser angefrischt, der Lappen auf die Perforation gelegt und mit den Killian'schen oder Yankauer'schen Instrumenten angenäht. Handelt es sich um eine sehr kleine Perforation, so ist es besser, die Operation auch auf der anderen Seite vorzunehmen. Hat sich der Lappen mit dem Septum vereinigt, so resultirt eine Synechie; man schneidet aus dieser ein Stück aus und legt für einige Tage einen Tampon ein. LEFFERTS.

31) **Otto Freer** (Chicago). **Eine der Fensterresection knöcherner Verbiegungen der Nasenscheidewand angepasste, modificirte Grünwald'sche Zange.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 172.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentes, das eine verstärkte Grünwald'sche Zange darstellt und dazu bestimmt ist, die Trephine und den Meissel noch entbehrlicher zu machen, als bisher. F. KLEMPERER.

32) **Otto Freer** (Chicago). **Die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand, nach eigener Methode ausgeführt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 152.*

Auf 30 Seiten mit 15 Abbildungen giebt Verf. eine eingehende Schilderung seiner Operationstechnik, die er selbst an jetzt 143 Fällen ausgebildet und bewährt gefunden hat. F. KLEMPERER.

33) **Botey** (Barcelona). **Ueber die Botey-Killian'sche Operation der submucösen Septumresection. (Sobre la operation de Botey-Killian hare la resecion submucosa del tabique.)** *Archivos de rinologia. No. 142 u. 143.*

Verf. giebt eine Beschreibung seines Operationsverfahrens, das er auf dem I. Spanischen Congress für Laryngologie im Jahre 1896 angegeben hat. Dieses Verfahren ist nach Botey's Behauptung dasselbe, das heute unter dem Namen der Killian'schen Operation bekannt ist. Die Technik und Instrumente seien den seinigen durchaus ähnlich. TAPIA.

34) **John Macintyre. Operationen wegen Deviationen der Nasenscheidewand, mit besonderer Berücksichtigung der submucösen Resection. (Operations for deviations of the nasal septum with special reference to submucous resection.)** *Glasgow Medical Journal. Januar 1907.*

Eine allgemein gehaltene Abhandlung mit Bemerkungen über die submucöse Resection. A. LOGAN TURNER.

35) **Van den Wildenberg. Neues Speculum für endonasale Resectionen. (Nouveau speculum pour les résections endonasales. Le speculum-rugine.)** *Anvers Médical. No. 3. 1907.*

Das neue van den Wildenberg'sche Speculum ist zweiklappig: eine innere Branche zum Abheben der Schleimhaut; diese ist lang, glatt, sehr dünn, um möglichst wenig Platz einzunehmen, aber breit, um die Schleimhaut gehörig abheben zu können, und endet mit einem Meissel, woher der Name Speculum-„Rugine". Die zweite äussere Branche, „Nasenflügelklappe" „Valve narinaire" benannt, dient zum Abheben des Nasenflügels, wenn nöthig; dieselbe schmiegt sich genau an die untere Klappe an, so dass man auf den ersten Anblick meinen

konnte, es mit einer einzigen Klappe zu thun zu haben. Der Autor räth, sich zwei solcher Ruginen, die eine für links, die andere für rechts, anzuschaffen. Dieselben finden hauptsächlich bei voluminösen Nasenscheidewandvorsprüngen, welche man submucös operiren will, ihre Verwendung und seien dafür geradezu unentbehrlich.

BAYER.

36) **Otto Freer** (Chicago). **Submucöse Resection der Nasenscheidewandverbiegungen. (Résection sous-muqueuse des déviations de la cloison du nez.)** *Procédé de l'auteur. Arch. intern. de laryng. No. 3. Mai-Juni 1907.*

Eine mit Abbildungen versehene Beschreibung des vom Verf. zur Resection der Scheidewand angewandten Verfahrens.

BRINDEL.

37) **J. S. Waser. Bemerkungen über die submucöse Resection der Nasenscheidewand. (Notes on the submucous resection of the nasal septum.)** *Scottish Medical and Surgical Journal. December 1907.*

Verf. giebt eine detaillirte Schilderung der Technik der Operation.

A. LOGAN TURNER.

38) **Ernst Pasch** (Lungenheilstätte Belzig). **Fremdkörper in der Nase als Folge von Trauma.** *Münch. med. Wochenschr. No. 32. 1907.*

Ein 20 g schweres, 38 mm langes und 22 mm breites Glied einer eisernen Kette fand sich im unteren Nasengang des Patienten. Der Fremdkörper war 14 Tage im Cavum nasi, das Trauma hatte keine erheblichen Verletzungen in der Nase hervorgerufen. Die Krankengeschichte ist in extenso beigefügt.

HECHT.

39) **Mühlenkamp** (Gelsenkirchen). **Ueber einen interessanten Fall von einem Fremdkörper in der Nase.** *Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1907.*

Autor entfernte eine vor 2 Jahren bei einem Stich auf die Nase abgebrochene Messerklinge von 5 cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite per vias naturales aus der linken Nasenhöhle. Der Fremdkörper sass parallel der Nasenscheidewand senkrecht zum Nasenboden und sass hier fest. Die Wunde auf dem Nasenrücken ist s. Z. spontan zugeheilt. Die Messerklinge sass 2 Jahre reactionslos in der Nase, ein „Brennen und Jucken in der Nase" führte Patienten zum Arzte.

HECHT.

40) **Max Thorey. Alter Fremdkörper im Oberkiefer, als Ursache acut einsetzender blenorrhoeähnlicher Bindehauteiterungen.** *Mit 2 Röntgenphotographien. Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1907.*

Bei einem 31 jährigen Manne, „bei dem eine abgebrochene Messerklinge seit 4 Jahren in der linken Augen-, Kiefer- und Nasenhöhle und der Nasenscheidewand sass, ohne dass der Kranke davon wusste" — die Hautwunde war s. Zt. vernäht worden und angeblich per primam geheilt —, bestand eine profuse Eiterung aus dem Bindehautsack. Der Fremdkörper konnte intranasal nachgewiesen und durch Röntgenphotographien in seinem Verlaufe festgestellt werden. Da eine intranasale Entfernung nicht gelang, wurde derselbe von aussen freigelegt und leicht extrahirt. Derselbe erwies sich als eine 5,3 cm lange und 1,3 cm breite, abgebrochene Messerklinge. Naht der äusseren Incisionswunde, Heilung per primam

und Sistirung der Eiterung. Anschliessend epikritische Erörterungen und Besprechung der einschlägigen Literatur. HECHT.

41) **Hertz. Beitrag zur Casuistik der Nasenfremdkörper. (Przyczynek do kazuistyki cial obcych nosa.)** *Medycyna. No. 34. 1907.*

Ein 2jähriges Mädchen bekam scharlachähnlichen Ausschlag in Begleitung von Erbrechen und Fieber. Dritten Tages erschien ein eitriger Ohren- und Nasenausfluss. Bei der Untersuchung wurde von Verf. ein Fremdkörper entdeckt, welcher nach Entfernung sich als Pfropfen von Bohnengrösse erkennen liess. Das Fieber und den Ausschlag bringt Verf. mit dem eitrigen Process in Zusammenhang. A. SOKOLOWSKI.

42) **Bichaton. Ein Fall von Rhinolithiasis. (Un cas de rhinolithiase.)** *36. Congres pour l'avancement des sciences. Reims, Juli 1907.*

Der Rhinolith erwies sich zusammengesetzt aus organischer Substanz und phosphorsaurem Kalk. Er hatte seit 3 Jahren andauernden Kopfschmerz und einen unerträglichen Foetor verursacht. GONTIER de la ROCHE.

43) **K. Sokolowski. Ueber Rhinolithen. (Rynolity czyli kamienie nosowe.)** *Medycyna. No. 31, 32. 1907.*

Verf. beschreibt 2 Fälle von Rhinolithen. In einem bei einem 15jährigen Mädchen, das schon seit 7 Jahren an putridem Ausfluss und Verstopfung der rechten Nasenöffnung litt und manchmal auch über Epistaxis klagte, entfernte Verf. aus der rechten Nasenöffnung einen Nasenstein. Da dieser sehr fest in dem Nasengange eingeklemmt war, zerqueschte ihn Verf. und entfernte ihn stückweise. Die chemische Analyse war ganz genau ausgeführt und ergab die gewöhnlichen diese Fremdkörper charakterisirenden Bestandtheile.

Im zweiten Falle klagte das 12jährige Mädchen über Schmerzen im rechten Ohre, Kopfschmerzen allgemeine Schwäche und Fieber. Bei der Untersuchung fand Verf. ausser Ohrenleiden im rechten unteren Nasengange eitrigen Ausfluss und einen Fremdkörper, der nach Entfernung sich als Kürbisschale mit mineralischen Salzen imprägnirt zeigte. A. SOKOLOWSKI.

44) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Statistik der adenoiden Vegetationen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 258.*

B. bespricht die in den Niederländischen Elementarschulen auf Veranlassung der Regierung aufgenommene Statistik, welche unter ca. 800 000 Schulkindern ungefähr 6 pCt. Adenoidverdächtige ergab. Er zeigt an einer Zusammenstellung verschiedener Statistiken, dass die Frequenz der Adenoiden bei der Schuljugend abgeschätzt

auf Grundlage von Sprache und Gesichtsausdruck	3,3	pCt.
„ „ sämmtlicher äusserlicher Kennzeichen ca.	6	„
„ „ sämmtlicher äusserlicher Kennzeichen incl. Gehörsabnahme	16	„
„ „ lokaler Untersuchung	29,8	„

betrug. Zur Feststellung einer Adenoidstatistik eignet sich danach nur die directe Untersuchung durch Digitalpalpation, besser noch durch Spiegeluntersuchung.

F. KLEMPERER.

45) **Lindt** (Bern). **Klinisches und Histologisches über die Rachenmandelhypertrophie.** *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 17 u. 18. 1907.*

Verf. machte, um über die verschiedenen Auffassungen von den Zuständen und der Rolle der Rachenmandel zu eigenen Anschauungen zu kommen, an 50 exstirpirten Rachenmandeln klinische und histologische Untersuchungen. Er unterscheidet bei den Trägern derselben 3 Grade von Constitution: 1. ganz gesunde, 2. zweifelhaft geschwächte und 3. unzweifelhaft geschwächte mit tuberculöser Belastung. Fast alle standen zwischen dem 6. und 15. Lebensjahr. Die Constitution habe keinen Einfluss auf die Durchwanderung der Lymphocyten durch das Epithel, ebensowenig als auf die Metaplasie und die Grösse der Tonsillen. Dagegen fand L. bei Individuen mit geschwächter und tuberculöser Constitution intra- und perivasculäre, intra- und subepitheliale starke Anhäufungen von Leukocyten, welche vorhergegangene acute entzündliche Processe andeuten. Gewisse Merkmale, abgesehen von den nicht häufigen Fällen mit Tuberkelbacillen, sind aus den Bildern scrophulöser adenoider Vegetationen nicht herauszulesen. Die Involution wandelt das adenoide Gewebe in normale Rachenschleimhaut um. Als physiologische Rolle des lymphoiden Schlundringes nimmt L. nur die Abwehr an, welche mittelst reichlicher Durchschwemmung der Tonsillen mit Lymphocyten von Innen nach der Oberfläche zu Stande kommt. Die beigemischten Leukocyten spielen die Rolle von Phagocyten. Der Blutdruck wirkt als vis a tergo. Durch die starke anhaltende Abwehr werden die Tonsillen physiologisch hyperplasirt. Genügt die Abwehr nicht zum Schutz, so sind die Tonsillen nur noch in der bekannten Weise, mechanisch oder infectiös, störend für die Athmung, das Gehör etc. und es tritt die ratio operationis ein. Der Operation muss eine sorgfältige Nachbeobachtung oder Nachbehandlung zurückbleibender Störungen folgen.

Tuberculose fand L. 5 mal, also bei 10 pCt. seiner Fälle, in der Rachentonsille. Die Tuberkel lagen tief unter dem Epithel, aber die Tonsillen konnten im Uebrigen noch normal arbeiten. In einer Zusammenstellung von 900 Untersuchungsergebnissen von Rachentonsillen durch Lewin ergaben sich nur 5 pCt. Der geschwürige Zerfall des Tuberkel enthaltenden lymphatischen Gewebes tritt nur bei ausgeprägter anderweitiger Tuberculose, aber nie primär ein.

Zu ähnlichen Ergebnissen führten zahlreiche Untersuchungen der Rachentonsille, welche Sahli auf der medicinischen Berner Klinik an vom Referenten geliefertem Material 1896 ausführen liess.

JONQUIÈRE.

46) **P. G. Frank** (Strassburg i. E.). **Hypertrophische Rachenmandeln bei Greisen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 285.*

Drei Fälle bei Patienten von 66, 60 und 65 Jahren beobachtet. Die Symptome waren dieselben wie bei jugendlichen Personen: Nasenverstopfung und Schwerhörigkeit. Bei allen drei Patienten besserte sich das Gehör wesentlich nach

der Exstirpation der Adenoiden. Die Gutartigkeit der Geschwulst wurde histologisch erwiesen; bemerkenswerth war in ihrem Bau die geringe Zahl der Follikel, ferner ihre deformirte (ovale, anscheinend durch den Druck des umgebenden Gewebes) etwas comprimirte Gestalt.

F. KLEMPERER.

47) **John L. Mosse. Adenoide im frühem Kindesalter. (Adenoids in infancy.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Verf. ist der Ansicht, dass auch bei kleinen Kindern sofort operirt werden soll. Bei kleinen Kindern haben die adenoiden Vegetationen mangelhafte Nahrungsaufnahme und Deformationen des Thorax zur Folge; sie sind auch oft die Ursache von einem Reizhusten, für den kein physikalischer Grund auffindbar ist; die Otitis media ist in diesem Alter fast stets auf das Bestehen von adenoiden Vegetationen zurückzuführen.

LEFFERTS.

48) **George L. Richards. Eine Uebersicht über die gebräuchlichen Methoden zur Entfernung von adenoiden Vegetationen nebst einer Beschreibung einer gründlichen, schnellen und sicheren Methode. (A review of the methods in use for the removal of adenoids with the description of a method which is thorough, rapid and safe.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. empfiehlt als das beste Instrument das Adenotom von Schötz resp. eine seiner Modificationen.

EMIL MAYER.

49) **David Bovaird. Beziehung der Adenoiden zu Lungenkrankheiten. (Relation of adenoids to diseases of the lungs.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1907.*

Verf. erörtert den ungünstigen Einfluss, den adenoide Vegetationen in Folge Behinderung der Nasenathmung auf die Lungen ausüben und die Möglichkeit von daraus resultirenden Erkrankungen der Lungen.

LEFFERTS.

50) **L. Larington Hunt. Adenoide bei Epilepsie. (Adenoids in epilepsy.)** *N. Y. Medical Record. 26. October 1907.*

Verf. hat Fälle gesehen, in denen nach Entfernung der Adenoiden eine Verminderung in der Zahl und Intensität der Anfälle zu constatiren war; andrerseits sind ihm Fälle begegnet, bei denen kein Einfluss oder sogar eine Verschlechterung nach der Operation zu constatiren war.

LEFFERTS.

51) **Froidbise. Ueber den „Rhinoadenoiden“ vom Standpunkt der allgemeinen Medicin und insbesondere der Militärmedicin aus. (Du rhinoadenoïdien au point de vue de la médecine générale et de la médecine militaire.)** *Archive Méd. Belges. September 1907.*

Der Autor bespricht zuvor die Symptomatologie der adenoiden Wucherungen, ihre Beziehungen zum Ohr, Hals, Nase, Auge und den Zähnen, zum Digestions-, Respirations- und Circulalionsapparat; das Verhältniss des Adenoidismus zur Tuberculose, zum Nervenapparat (Cephalalgie, Migräne, Schlaflosigkeit etc.); zur Aprosexie, Epilepsie und Enuresis; ferner seinen Einfluss auf die Pubertätstransformation; die verschiedenen Infectionen, welche davon herrühren (Cervicaladenitiden, Adenobronchitiden etc., er stellt schliesslich 3 Typen von Adenoiden

auf: 1. den einfachen Adenoiden, 2. den inficirten Adenoiden und 3. den nervösen Adenoiden.

Daran schliesst er noch an den Rhinopharyngealtypus vom militärischen Standpunkte aus. Nach der Statistik kommen auf systematisch darauf untersuchte Soldaten 10 pCt. Adenoide; die Affection, welche dieselben am häufigsten ins Spital bringt, sei die Otitis und diese befalle hauptsächlich die Trompeter, dann kommen die Anginen, wiederholte Bronchitiden und die phlyctänuläre Conjunctivitis, auch Incontinentia urin., namentlich nach strengen Uebungen und Strapazen. Die Degenerirten, welche man häufig in der Armee unter den Undisciplinirten antreffe, seien häufig Adenoide.

Der Rhinoadenoide gäbe immer einen minderwerthigen Soldaten ab und man wird ihn immer unter den Nachzüglern finden.

Der Militärarzt muss daher seine ganze Aufmerksamkeit auf die oberen Luftwege richten. — Wenn wohlausgesprochene Läsionen derselben vorliegen, so kann der Mann geheilt werden.

BAYER.

52) **J. F. Barnhill. Eine modificirte Adenoiden-Curette. (A modified adenoid curette.)** *Journal of the American Medical Association. 19. October 1907.*

Das Instrument besteht in einer Modification der Beckmann'schen Curette, die im Wesentlichen darin besteht, dass das Fenster höher ist als bei jener.

EMIL MAYER.

53) **J. F. Byington. Eine neue Adenoiden-Curette für die Rosenmüller'sche Grube. (A new adenoid curette for Rosenmüller's fossa.)** *Journal of the American Medical Association. 5. October 1907.*

Das Instrument ist so eingerichtet, dass es leicht in die Rosenmüller'sche Grube eingeführt werden kann, ohne dass eine Verletzung der Tubenlippe zu befürchten steht.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

54) **Duhot. Zungenleukokeratose. (Leucokératose linguale.)** *Annales de la Soc. Méd.-chirurg. du Brabant. No. 6. 1907.*

In der Sitzung der medicochir. Gesellschaft von Brabant am 23. März 1907 stellt D. einen Fall von Leukokeratose der Zunge und der Wangen vor; Patient hatte im October 1906 Syphilis acquirirt, war mit 13 Injectionen von 0,14 cg Hg behandelt und der Beginn der Leukokeratose datirt vom Januar d. J.; es war keine Roseola aufgetreten und auch sonstige Symptome von Syphilis hatten sich nicht gezeigt, obgleich die Behandlung erst in der 5. Woche begonnen hatte.

D. hält die Leukoplasie für nicht-syphilitischer Natur. (? Ref.)

BAYER.

55) **R. H. Johnston. Varicöse Venen der Zunge. (Varicose veins of the tongue.)** *Lancet Clinic. 20. April 1907.*

J. berichtet über den Fall einer 64jährigen Frau, die viel an Husten und kurzem Athem gelitten hatte. Bei der Untersuchung fand man an beiden Zungenrändern von den vorderen Gaumenbögen bis dicht an die Zungenspitze sich er-

streckend, geschlängelte, runde, ungefähr 4 mm im Durchmesser messende Massen. Die Venae raninae auf der Unterfläche der Zunge waren ungewöhnlich gross und geschlängelt. J. glaubt, dass die varicösen Venen congenitalen Ursprungs waren.

EMIL MAYER.

56) **Notiz des Herausgebers. Schilddrüsengeschwülste der Zunge. (Thyreoid tumours of the tongue.)** *Journal of the American Medical Association. 12. October 1907.*

Das Interessanteste an diesen Tumoren ist, dass es sich um functionirendes Gewebe handelt. In einer Anzahl von Fällen, wo die Tumoren entfernt worden waren, trat als Zeichen dafür, dass der Tumor eine compensatorische Bildung von accessorischem Schilddrüsengewebe darstellt, das an Stelle der fehlenden Schilddrüse functionirt, Myxödem auf. In Fällen, wo nach Exstirpation des Zungenkropfs kein Myxödem eintritt, muss man ihn als nicht descendirten mittleren Lappen der Schilddrüse auffassen, nach dessen Entfernung compensatorisch die Seitenlappen eintreten.

EMIL MAYER.

57) **Hallopeau. Schwarzfärbung der Zunge, durch Wasserstoffsuperoxyd verursacht. (Blackness of the tongue caused by Hydrogen Dioxide.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Juni 1907.*

Verf. berichtet über zwei Fälle, die er innerhalb einer Woche beobachtet hat und bei denen der Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd als Gurgelwasser während einer Quecksilbercur zu einer Schwarzfärbung der Zunge geführt hat. Zuerst wurde geglaubt, dass dies die Folge einer Reaction zwischen dem im Speichel enthaltenen Hg und dem H_2O_2 sei, jedoch wurde später dasselbe bei einem Manne beobachtet, der kein Quecksilber gebrauchte. Derselbe gebrauchte täglich als Gurgelwasser 1 Theelöffel Wasserstoffsuperoxyd auf ein halbes Glas warmen Wassers. Nach Verlauf einer Woche trat eine entschiedene Schwarzfärbung des Zungenrückens auf. In der Discussion bemerkt Chatin, dass er dieselbe Erscheinung in 20 Fällen von Anwendung des Wasserstoffsuperoxyd als Gurgelwasser beobachtet hat, jedoch stets in Fällen, in denen die Zunge belegt war. Die Erscheinung verschwindet stets spontan.

LEFFERTS.

58) **Küster** (Marburg). **Zur Behandlung des Zungenkrebses und die Unterbindung der Carotis externa.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 81. 1906.*

Die einseitige oder doppelseitige Unterbindung der Carotis externa verdient bei grösseren Carcinomen der Zunge den Vorzug vor der Unterbindung der Art. lingualis, die doppelseitige Unterbindung der Carotis externa (am besten in Verbindung mit der Anwendung von Röntgenstrahlen) sollte auch in anscheinend unoperirbaren Fällen von Zungenkrebs zur Anwondung kommen.

SEIFERT.

59) **Levinger** (München). **Gestielte maligne Geschwulst der Tonsille (Endotheliom).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 181.*

Die Geschwulst von etwa $1/2$ cm Länge und $1/2$ cm Durchmesser sass der vergrösserten Tonsille breitbasig auf. Die mikroskopische Untersuchung ergab ihre zweifellos maligne Natur (Endotheliom). Kurz vorher bei dem Patienten ent-

fernte Inguinaldrüsen zeigten denselben Charakter (Endothelioma carcinomatodes). Der Patient ging nach etwa $1^1/_2$ Jahren an multiplen Tumoren im Abdomen zu Grunde, ohne dass ein Recidiv des Tonsillentumors aufgetreten war. Eine Section wurde nicht gemacht; welches der primäre Tumor war, blieb unentschieden.

F. KLEMPERER.

60) **L. Carrière. Das Sarkom der Tonsille beim Kinde. (Du sarcome de l'amygdale chez l'enfant.)** *Thèse de Paris. 1906.*

Anlässlich eines von ihm beobachteten Falles hat Verf. die in der Literatur verzeichneten ähnlichen zusammengestellt und hat 11 Fälle von Sarkom beim Kinde gefunden (4 Lymphosarkome, 4 Rundzellensarkome, 1 Alveolarsarkom). Die Symptome sind dieselben wie beim Erwachsenen, nur schreitet die Affection beim Kinde viel schneller vorwärts und die meisten Fälle enden trotz der Eingriffe tödtlich. Verf. räth zur Jodbehandlung.

A. CARTAZ.

61) **Philip King Brown. Entfernte Wirkungen der Tonsillarinfection. (Remote effects of tonsillar infection.)** *Journal of the American Medical Association. 15. Juni 1907.*

Als infectiöse Erkrankungen, die ihren Ausgang von den Tonsillen nehmen können, bezeichnet Verf. Pericarditis, Myocarditis, Endocarditis, Arthritis, Chorea, Neuritis, Adenitis, Drüsenfieber, Nephritis, Pleuritis, Tuberculose, Iritis, Phlebitis, Osteomyelitis, verschiedene andere Streptokokken- und Staphylokokken-Septikämien, Hodgkin'sche Krankheit und möglicherweise gewisse Formen von Leukämie.

EMIL MAYER.

62) **Lomnitz** (Dresden). **Ueber die Angina als Ausgangspunkt schwerer Erkrankungen.** *Med. Klinik. 2. 1907.*

Unter 151 Fällen von Angina (Streptokokken- und Staphylokokken-Infection) traten 27 mal pathologische Erscheinungen auf, die am häufigsten in Störungen der Herzthätigkeit, dann in Symptomen von Seiten der Nieren, nur zweimal im Auftreten von Gelenkrheumatismus und je einmal in Purpura rheumatica und Sepsis bestanden.

SEIFERT.

63) **W. Lublinski** (Berlin). **Rötheln und secundäre Angina.** *Med. Klinik. 52. 1907.*

Die secundäre Angina bei Rötheln ist selten, hier und da tritt sie, wie in dem von Lublinski mitgetheilten Fall (15jähr. Mädchen) in verschiedener Form auf, die zwar nicht in Eiterung überging, aber ihrem Beginn und Verlauf nach ganz den Anschein eines phlegmonösen Processes hatte.

SEIFERT.

64) **De Bersaques. Ein Fall von schwerer, generalisirter Staphylococcusinfection in Folge einer Amygdalitis. (Un cas d'infection staphylocoque grave, généralisé à la suite d'amygdalite.)** *La Belgique Méd. No. 4. 1907.*

42jähriger Kranker bekommt nach einer leichten Amygdalitis, welche er unbeachtet und unbehandelt liess, beträchtliche und sehr schmerzhafte Anschwellung in der rechten Achsel. Dr. Sugg wies noch nachträglich in den Mandelsecreten Staphylokokken nach. Die Eröffnung des Achselabscesses ergab 800—900 g Eiter,

in welchem der Staphylococcus in Reincultur sich befand. Ein paar Tage darauf neuer Eiterherd in der linken Regio supraspinata, dann am Trochanter der rechten Schulter, an der Wade, am Rücken etc., immer mit Staphylokokken in Reincultur. Trotz der chirurgischen und aller möglichen innerlichen Behandlung erlag der Patient nach $2^1/_2$ Monaten der Kachexie.

BAYER.

65) **Notiz des Herausgebers. Appendicitis und Angina. (Appendicitis and angina.)** *Journal of the American Medical Association. 11. Mai 1907.*

Die Notiz nimmt Bezug auf die Beobachtungen von Kretz, wonach wahrscheinlich ein Drittel aller fatalen pyogenen Infectionen mit einer initialen Angina beginnen; er meint, dass viele acute mehr oder minder transitorische fieberhafte Zustände in Wirklichkeit milde anginöse und postanginöse Bakteriämien seien. Verf. macht übrigens darauf aufmerksam, dass Semmelweis der erste gewesen sei, der auf den Zusammenhang gewisser Infectionskrankheiten mit Angina hingewiesen habe. Der wichtigste Infectionsträger, der durch die Tonsillen seine Eingangspforte in den Organismus findet, ist der Staphylococcus.

EMIL MAYER.

66) **Gunnar Holmgren** (Stockholm). **Zur Frage der Angina ulcero-membranacea s. Vincenti. (Till fragan om angina ulcero-membranacea s. Vincenti.)** *Hygiea. No. 11. 1907.*

Verf. berichtet über 10 Fälle von Angina Vincenti, von denen 6 im Epidemie-Krankenhause als suspecte Diphtheriefälle aufgenommen und 3 für Lues verdächtig waren. Sämmtlichen Fällen sind sorgfältige Krankengeschichten mit epikritischen Anmerkungen beigefügt. Diese in kurzer Zeit vorgekommenen Fälle geben dem Verf. Veranlassung, die Ansicht auszusprechen, dass diese Krankheit in Stockholm nicht selten ist, eine Meinung, der der Ref. auf Grund eigener Erfahrung zustimmen kann.

E. STANGENBERG.

67) **G. Laurens** (Paris). **Wann soll der Practiker zur Entfernung der Tonsillen rathen? (Quand le praticien doit-il conseiller l'ablation des amygdales?)** *La Clinique médicale. 6. December 1907.*

Verf. wendet sich gegen die immer mehr zu Tage tretende Tendenz, die Mandeln ohne ausgesprochene Indication zu entfernen. Diese ist seiner Ansicht nach vorhanden, wenn die Tonsillen obstruirend wirken, zur Infection oder entfernten Complicationen Anlass geben. Verf. hat hartnäckige Enteritiden nach Entfernung der Mandeln weichen sehen.

GONTIER de la ROCHE.

68) **Scherenberg** (Linden). **Die Exstirpation der Gaumenmandeln mittels Messerscheere.** *Med. Klinik. 28. 1907.*

Sch. hat sich von der Firma Nicolai (Hannover) eine gerade, schlanke Scheere construiren lassen, vorne abgestumpft, die eine obere Branche messerartig etwas ausgezogen und auf dem Rücken geschliffen. Operation meist in Narkose, zumal wenn auch die Rachenmandel gleichzeitig entfernt werden muss.

SEIFERT.

69) **Nettebrock** (Kiel). **Zur Casuistik der Blutungen nach Tonsillotomie und ihre Behandlung.** *Dissert. Kiel 1906.*

Im ersten Falle starke Nachblutung nach Incision in einen supponirten Tonsillerabscess, Unterbindung der Carotis communis. Im zweiten Falle gleiche Ursache der Nachblutung; Blutstillung in der Weise, dass eine mit Zwirn armirte lange Stopfnadel hinter dem Kieferwinkel hinein- und durch die Tonsille an der durch Fingerdruck in der Mundhöhle markirten Stelle herausgestossen wurde. An das innere Ende Anknüpfen eines dicken Jodoformgazetampons und Andrücken gegen die Tonsille durch Zug von aussen her.

SEIFERT.

70) **Proebsting** (Wiesbaden). **Eine Tonsillenklemme.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. p. 386.*

Beschreibung und Abbildung des von W. Walb Nachf. in Heidelberg hergestellten Instrumentes, das bei ernsten Blutungen im Pharynx oder an den Gaumenbögen, beispielsweise nach der Tonsillotomie, angelegt werden soll.

F. KLEMPERER.

71) **Edward C. Sewell. Tonsillenschlinge. (Tonsil snare.)** *Journal of the American Medical Association. 18. Mai 1907.*

Beschreibung des Instruments.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

72) **Champon. Die Diphtherie und der Croup im Bürgerspital zu Gent seit der Anwendung des antitoxischen Heilserums. (La diphtérie et le croup à l'hôpital civil de Gand depuis l'emploi du serum antitoxique.)** *La Belgique Méd. No. 26. 1907.*

Seit 1895 wurden 648 Kinder im Genter Bürgerspital behandelt, wovon 481 geheilt wurden. Von 230 kleinen Patienten, welche von 1886—1895 behandelt wurden, entgingen nur 100 dem Tod. Während so die Mortalität vor der Serotherapie 56 pCt. betrug, fiel sie nach deren Einführung auf 25 pCt.

In der Privatpraxis sind die Erfolge verhältnissmässig weit grösser, als im Spital, wohin die Kinder häufig zu spät gebracht werden.

Die schönsten Resultate der Serotherapie werden bei der Behandlung der an Croup Operirten constatirt. Es wurden im Spital von 1886—1895 151 Croupfälle operirt, davon kamen 32 zur Heilung, also 19 pCt.; seit 1895 bis Ende April 1907 ergaben 300 Fälle von operirtem Croup, die mit Serum behandelt worden waren, 180 Heilungen, also 60 pCt.

Das Serum, frühzeitig angewandt, verhindere die Paralysen, nütze aber nichts, wenn solche schon vorhanden seien. Der Serumausschlag und die Arthralgie, welche man hier und da constatire, seien ohne weitere Folgen.

BAYER.

73) **Hasenknopf** und **Rothe** (Berlin). **Ein Beitrag zur Frage der Bacillenträger bei Diphtherie.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 66. 1907.*

Gelegentlich einer Hausendemie von Diphtherie im Kadettencorps in Potsdam wurden sämmtliche Insassen untersucht und Diphtheriebacillen nur bei den Re-

convalescenten nachgewiesen, dagegen nicht bei den gesund gebliebenen Kadetten. Bei den Reconvalescenten wurden noch nach 4 bezw. 8 und 9 Wochen nach der Erkrankung die Bacillen nachgewiesen, was nach der Anschauung der Verff. zur fortgesetzten Isolirung der Reconvalescenten nöthigt. SEIFERT.

74) **J. A. Reuter. Die Anwendung von Diphtherie-Antitoxin bei der Behandlung von Heufieber und Asthma. (The use of diphtheria-antitoxin in the treatment of hay fever and asthma.)** *Medical Sentinel. September 1907.*

In 60 Fällen wurden bemerkenswerthe Resultate erzielt, 41 zeigten keine Symptome von Heufieber und Asthma mehr. Es wurde sowohl Serumantitoxin wie Globulinantitoxin angewandt, und zwar mit gleich guter Wirkung. Anfangs wurden 2000 J.-E. gegeben, später, wenn keine ungünstigen Nebenwirkungen sich zeigten, auch grössere Dosen. EMIL MAYER.

75) **Edwin Rosenthal. Resumé über die Anwendung von Diphtherie-Antitoxin bei der Behandlung verschiedener Formen von Diphtherie, besonders Kehldiphtherie mit und ohne Intubation. (A resumé of the use of the diphtheria antitoxin in the treatment of various forms of diphtheria especially the laryngeal with or without the operation of intubation.)** *Monthly Cyclopedia of Practical Medicine. Juli 1907.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

76) **Henrotin. Anwendung des „Armadiphterins" in 21 neuen Fällen von Diphtherie. (Emploi de l'armadiphtérine dans vingt et un nouveau cas de diphtérie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 34. 1907.*

Klinische Beobachtungen — 31 Fälle von Angina diphtherit. und Croup —, sowie bakteriologische und pharmacodynamische Untersuchungen, welche der Autor im St. Petrushospitale anzustellen Gelegenheit gehabt hatte, hatten denselben zu folgenden Schlüssen geführt: Man ist berechtigt, zu bestätigen, dass die Dichondra braevifolia als Glycerinextract (Armadiphtherin) dem Löffler'schen Bacillus gegenüber eine wirklich bactericide Wirkung besitzt. Dieses Product ist in der therapeutisch angewandten Dosis inoffensiv. Klinisch angewandt, übt es eine locale Wirkung aus, welche die Action des Serums unterstützt. Bei einfachen Fällen, bei welchen die Localisation der Affection die Anwendung des Mittels ermöglicht, kann es für sich allein die Heilung herbeiführen. In anderen Fällen, wo dies nicht möglich ist, und bei schweren Formen z. B. von Ang. diphtheritica oder schon vorhandener Toxaemie muss es dem antidiphtheritischen Serum weichen. Auch als Präventivmittel kann das Armadiphtherin verwandt werden. Die mittlere Dauer des Vorhandenseins von Löffler'schen Bacillen im Halse der Kranken war $4^1/_3$ Tage.

Der Autor führt nun weitere 21 Fälle an, welche diese Schlüsse vollauf bestätigen. BAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

77) **M. Bukofzer** (Königsberg). **Was ist Tonansatz? (Terminologisches und anderes; zugleich eine Ergänzung meiner Arbeit: „Zur Hygiene des Tonansatzes" etc.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 501.*

Die inhaltreiche Arbeit eignet sich nicht zum Referate und muss von Interessenten im Original nachgelesen werden. Verf. zeigt den verschiedenartigen Gebrauch des Terminus „Tonansatz" seitens der verschiedenen gesangspädagogischen und laryngologischen Schriftsteller und sucht den wirklichen Inhalt des Kunstausdrucks festzulegen.

F. KLEMPERER.

78) **Glorieux. Mutismus hystericus. (Mutisme hystérique.)** (Sitzung der Poliklinik vom 13. Mai 1907.) *La Policlinique. No. 7. 1907.*

Mutismus hystericus bei einem jungen, sehr empfindsamen Mädchen, das in Folge eines Schrecks die Stimme verloren, zuerst vorübergehend und erst nach einigen Tagen definitiv und vollständig; sie macht sich durch die Bewegung der Lippen und ihren Gesichtsausdruck noch gewissen Personen verständlich. G. will die suggestive Behandlung vermittelst des faradischen Stroms im Nacken, welche ihm vor einigen Monaten bei einem kleinen Jungen mit dem gleichen Uebel reussirt hatte, versuchen.

BAYER.

79) **Bichaton** und **Benn. Complete Aphonie hysterischer Natur bei einem 58jährigen Mann. (Aphonie complète de nature hystérique survenue chez un homme de 58 ans.)** *36. Congrès pour l'avancement des sciences. Reims. Juli 1907.*

Es wurde mit Erfolg eine Suggestivbehandlung eingeleitet unter der Form der Massage und Darreichung von indifferenten Mitteln.

GONTIER de la ROCHE.

80) **Marage. Entwickelung der Stimmenergie mittels Athemübungen. (Développement de l'énergie de la voix au moyen d'exercises respiratoires.)** *Acad. des sciences. 4. November 1907.*

Da die Stimmenergie bedingt ist durch das unter bestimmtem Druck stehende Volumen Luft, handelt es sich für einen Sänger oder Redner darum, diese beiden Quantitäten zu vermehren.

Verf. giebt drei Uebungen an, die täglich 10 Minuten lang ausgeführt werden sollen und bezwecken, das normale Volumen des Thoraxraumes herbeizuführen. Diese Uebungen haben den Vorzug, die Muskeln der Bauchwand zu kräftigen, sie bringen den dicken kugelförmigen Bauch, den man so häufig bei Erwachsenen findet, schnell zum Verschwinden. Jede Woche misst man den Brustumfang und das Volumen der aspirirten Luft, und da bestimmte Tabellen die Beziehung bestimmen, die zwischen der Grösse des Individuums, seinem Gewicht und den beiden obengenannten Grössen bestehen müssen, so kann man die Uebungen so einrichten, dass das Maximum der nützlichen Wirkung erzielt wird.

A. CARTAZ.

81) **Th. S. Flatau** und **Herm. Gutzmann** (Berlin). **Die Stimme des Säuglings.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 139.*

Die interessante Studie, deren Ergebnisse sich der Wiedergabe im Referate entziehen, basirt auf der Analyse phonographischer Aufnahmen der Stimme von 30 Säuglingen im Alter von wenigen Stunden — zweimal wurde der erste Schrei aufgenommen — bis zu fünf Wochen.

F. KLEMPERER.

82) **Victor Urbantschitsch** (Wien). **Ueber die von den sensiblen Nerven des Mittelohres ausgelösten Sprach- und Schriftstörungen sowie Paresen der oberen und unteren Extremitäten.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1907.*

Mittheilung einer Reihe einschlägiger Fälle, unter denen bei einem Fall chronischer Ohreiterung neben Reflexschmerzen in der Schulter und Paresen in Arm und Bein sich auch wiederholtes Stottern bemerkbar machte; sämmtliche Erscheinungen verschwanden wiederholt nach Reinigung des Mittelohres und Entfernung angetrockneter Eiterkrusten. Ein zweiter Fall zeigte wechselnde Sprachstörungen und sensorische Aphasie, die neben einer acuten doppelseitigen Mittelohrentzündung mit einer bestehenden chronischen Kieferhöhleneiterung in Zusammenhang standen und sich jeweils mit dem Füllungszustand der Höhle besserten und verschlechterten. Nach breiter Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengange aus besserte sich die locale Erkrankung und Hand in Hand mit dem Fortschreiten der Besserung gingen die aphasischen Erscheinungen zurück, um endlich dauernd zu verschwinden. Ein dritter Fall bot interessante Schriftstörungen, die durch Tamponade der Paukenhöhle, mehr noch durch Tamponade der (gesunden) rechten Nasenseite bei einem 30jährigen Manne reflectorisch ausgelöst und experimentell wiederholt hervorgerufen werden konnten.

HECHT.

83) **A. Kuttner** (Berlin). **Kritische Betrachtungen über den augenblicklichen Stand der Recurrensfrage.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. p. 97.*

In den Capiteln: a) Das physiologische Experiment, b) Pathologische Anatomie, c) Klinische Betrachtungen, giebt K. eine auf vollkommenster Beherrschung der umfangreichen Literatur, wie auf eigenen experimentellen Untersuchungen fussende Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Recurrensfrage. Zum Referat ist die umfangreiche Arbeit nicht geeignet; wer auf diesem Gebiete thätig ist oder sich informiren will, wird sie im Original studiren müssen. Ihr Schlusssatz lautet: Mag auch noch mancher Punkt der Recurrensfrage der Erledigung harren, an der Richtigkeit des Princips aber, das wir als das Semon-sche Gesetz bezeichnen, ist nicht zu zweifeln. Wer die bisherigen Ergebnisse des physiologischen Experiments, der pathologischen Anatomie und der klinischen Beobachtung kritisch überschaut, wird nichts finden, was dem Sinne dieser Lehre widerspricht, es sprechen vielmehr alle Thatsachen dafür, dass nicht nur, wie bereits allgemein anerkannt, bei progredienter Erkrankung des Recurrenscentrums, sondern auch bei progredienter Erkrankung des Recurrensstammes gesetzmässiger Weise die Glottisöffner früher und stärker in ihrer Function beeinträchtigt werden, als die Glottisschliesser.

F. KLEMPERER.

84) **Grabower** (Berlin). **Zur Recurrensfrage.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 419.*

Verf. giebt einige Ergänzungen und Richtigstellungen zu Kuttner's Aufsatz über den derzeitigen Stand der Recurrensfrage und stellt gewisse Richtsätze für künftige Untersuchungen auf diesem Gebiete auf. Die ganze Recurrensfrage ist zu ausgedehnt und complicirt, als dass sich ein Artikel, wie der vorliegende, der die verschiedensten Punkte der Frage kurz berührt, im knappen Referate wiedergeben liesse.

F. KLEMPERER.

85) **Arthur Haeberlin** (Berg, Thurgau). **Der anatomische Bau des Nervus recurrens beim Kaninchen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 20.*

Verf. fasst das Ergebniss seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: Der Nervus recurrens des Kaninchens erhält etwa zwei Drittel grosse markhaltige Fasern aus dem Nervus vagus central, etwa ein Drittel kleiner markhaltiger Fasern aus dem Nervus vagus peripher vom Recurrensabgange. Die grossen und kleinen markhaltigen Fasern verlaufen vom Abgang bis in den periphersten Theil des Nervus recurrens in zwei gesonderten Gruppen nebeneinander. Marklose Fasern sind relativ wenige vorhanden. Mit dem Nervus laryngeus superior der gleichen Seite und mit dem Nervus vagus, laryngeus superior und recurrens der anderen Seite geht er keine Beziehungen ein. Die zwei Drittel grosser markhaltiger Nervenfasern können sowohl motorisch wie sensibel sein; dass sie motorisch sein könnten, dafür spräche vielleicht das Ueberwiegen derselben in dem Nerven, der ja unbestritten hauptsächlich ein motorischer Nerv ist, sowie die alte Ansicht, dass die grossen Nervenfaserquerschnitte meist motorische Fasern sind. Die kleinen markhaltigen Fasern im Nervus recurrens können ebenfalls motorisch oder sensibel sein, obschon letzteres wahrscheinlicher ist.

F. KLEMPERER.

86) **G. Frey** (Bern). **Ueber regionäre Anästhesie des Kehlkopfs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 346.*

F. stellt fest, dass es möglich ist, den N. laryngeus superior durch eine percutane und permuskuläre Injection einer Cocain-Adrenalinlösung an seiner Durchtrittsstelle durch die Membrana thyreohyoidea leitungsunfähig zu machen und auf diese Weise eine regionäre Anästhesie der Kehlkopfschleimhaut zu erreichen. Der Vortheil dieser Methode liegt in der relativ kleinen und genau dosirbaren Menge der erforderlichen Anästhetica; die Anästhesie ist eine tiefe und vollständige, ihre Dauer ist schwankend, im Durchschnitt 20 Minuten.

F. KLEMPERER.

87) **Georg Boenninghaus** (Breslau). **Ueber einen eigenartigen sensiblen Reizzustand des oberen und unteren Kehlkopfnerven.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 197.*

Verf. hat jetzt 82 Fälle der Affection beobachtet, die er 1904 als „nervösen Halsschmerz“ beschrieb. Er giebt an der Hand kurzer Krankengeschichten sämmtlicher Fälle eine ausführliche Schilderung des Leidens, dessen Diagnose im Wesentlichen auf der „Constatirung des Druckschmerzes an typischer

Stelle“ sich gründet: „Diese Stelle befindet sich zwischen grossem Zungenbeinhorn und oberem Schildknorpelrand, im lateralsten Theil der Membrana thyreohyoidea: oberer Druckpunkt; oder dicht an der Seite der Halsluftröhre: unterer Druckpunkt.“ Die Behandlung, welche sehr günstige Resultate hat, besteht in äusserer Halsmassage; in schweren Fällen wird dieselbe durch Galvanisation und interne Arsenmedication unterstützt. — Von Interesse ist die Deutung, die Verf. seinen Beobachtungen giebt. Er betrachtet den N. recurrens als das schmerzhafte Organ und bezeichnet den unteren Druckpunkt als den unteren Laryngeus- oder den Recurrens-Druckpunkt. Er sieht in seinen Fällen „eine Bestätigung der durch Anatomie und Physiologie mit höchster Wahrscheinlichkeit nachgewiesenen Thatsache, dass der Recurrens des Menschen auch sensible Fasern führt“. Er lässt es unentschieden, ob die Krankheit als rein functionelle (Hyperästhesie, bezw. Neuralgie) oder als organische aufzufassen ist, neigt aber zu letzterer Annahme und spricht deshalb kurzweg von Neuritis laryngea superior s. inferior.

F. KLEMPERER.

88) **Michael Grossmann** (Wien). **Ueber den angeblichen motorischen Effect der elektrischen Reizung des Sympathicus auf die Kehlkopfmuskeln.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 394.*

Verf. macht im Hinblick auf die 1904 erschienene Arbeit von P. Schultz, welcher die von Onodi behauptete Betheiligung des Sympathicus an der motorischen Innervation des Kehlkopfs in Abrede stellt, darauf aufmerksam, dass er 1898 bereits Onodi's Angaben widerlegt hat. Die motorischen Effecte im Kehlkopf bei Reizung gewisser Abschnitte des Sympathicus erklären sich, wie Verf. durch exacte Versuche erwies, insgesammt durch Stromschleifen und sind nicht das Ergebniss von Reizungen des Sympathicus.

F. KLEMPERER.

89) **A. Onodi** (Budapest). **Bemerkungen zu den Aufsätzen von weil. Prof. P. Schultz und von Prof. M. Grossmann.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 399.*

Verf. erklärt sein Schweigen gegenüber den Arbeiten von Grossmann und Schultz durch persönliche Verhältnisse und stellt eine erneute experimentelle Prüfung der Sympathicusfrage in Aussicht.

F. KLEMPERER.

90) **Broeckaert. Die Sympathicusnerven des Kehlkopfs. Beitrag zum anatomischen und physiologischen Studium des Halstheils des Sympathicus. (Les nerfs sympathiques du larynx: Contribution à l'étude anatomique et physiologique du sympathique cervical.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 4. 1907.*

Der erste Theil der Arbeit B.'s ist rein anatomisch und behandelt die Kette des Halstheils des Sympathicus:

I. Das Ganglion cervical. super. mit seinen Anastomosen mit dem Pneumogastricus.

II. Das Ganglion cervic. med. mit seinen Communicationen (Vasculäranastomosischen und Herzästen).

III. Das Ganglion cervic. inf. mit seinen Verbindungen und Vertheilungsästen.

Es geht daraus hervor, dass die Bedeutung der Anastomosen zwischen den Kehlkopfsnerven und dem Halssympathicus viel grösser ist, als im Allgemeinen angenommen wird. Es scheint daher dem Autor wahrscheinlich, dass der Sympathicus eine bemerkenswerthe, obgleich noch nicht definirte Rolle bei der Innervation des Kehlkopfes und in der so dunkeln Pathogenie der Paralysen dieses Organs spiele. Nur durch die Vornahme einer grossen Anzahl delicater Experimente, durch sorgfältige Anhäufung des geeigneten Materials werde man eines Tages dahin gelangen, das zu verwirklichen, was heute noch reine Hypothese sei.

Der zweite Theil bildet eine physiologische Studie und behandelt:

I. die Betheiligung des Sympathicus bei der motorischen Innervation des Larynx mit persönlichen Untersuchungen am Kaninchen, am Affen, an der Katze und am Hunde, woraus der Autor den formellen Schluss folgert: „Der Halstheil des Sympathicus, wenigstens bei den Thieren, nimmt keinen Antheil an der motorischen Innervation des Larynx."

II. die vasomotorische Innervation des Kehlkopfes mit dem Schluss, dass der Halssympathicus den vasomotorischen Apparat des Kehlkopfes unter seiner Abhängigkeit habe.

Das III. Capitel handelt von der problematischen Existenz der Fasern in den sympathischen Kehlkopfnerven.

Das IV. Capitel beschäftigt sich mit dem Studium der Intervention des Sympathicus bei der trophischen Innervation des Larynx, behufs dessen B. 3 Reihen von Experimenten vorgenommen hat, mit 1. Section oder Resection des grossen Halssympathicus, 2. Resection des Halssympathicus combinirt mit der Resection der Kehlkopfnerven und 3. Resection der Gefässnerven combinirt mit der Resection der Kehlkopfnerven. Der Autor kommt dabei zu keinem befriedigenden Resultat und verweist auf weitere neuere Untersuchungen, die nothwendig seien, um das Dunkel zu beseitigen, in welches die Physiologie des grossen Halssympathicus bis jetzt noch gehüllt sei.

Die interessante und fleissige Arbeit hat unbegreiflicher Weise bei der Belg. Academie nicht die verdiente Würdigung gefunden.

BAYER.

91) **Holger Mygind** (Kopenhagen). **Die Paralyse des Musc. cricothyreoideus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 403.*

Auf Grund von 13 Fällen aus der Literatur und 4 eigenen Beobachtungen bespricht Verf. die Symptomatologie dieser seltenen Lähmungsform, deren wichtigste objective Zeichen die Schrägstellung der Stimmritze, die unregelmässige, wellenförmige Contur des freien Randes der gelähmten Stimmlippen und die Faltelung und unregelmässige Vertiefung der Oberfläche sind.

F. KLEMPERER.

92) **A. Kuttner** (Berlin). **Einige Bemerkungen zu H. Mygind's Aufsatz über die Paralyse des Musculus cricothyreoideus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 172.*

K. weist auf die Congruenz der von Mygind beschriebenen Erscheinungen beim Menschen mit den von ihm und Katzenstein erhobenen Befunden im Thierversuch

hin. Er sieht in M.'s Angaben eine Bestätigung seiner Behauptung, dass auch die Adductoren während der Athmung dauernd innervirt sind, und zwar in der Weise, dass ihre Innervation rhythmisch während der Exspiration einen Energiezuwachs erfährt, der während der Inspiration wieder nachlässt, ohne aber ganz zu verschwinden.

F. KLEMPERER.

93) **Gisela Meitner** (Wien). **Beitrag zur Pathologie der Kehlkopfbewegungen.** *Mit 10 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 4. 1907.*

Die Schlussfolgerungen der Untersuchungen, die sich zu kurzem Referat nicht eignen, fasst Autor dahin zusammen: „Eine deutliche, sicht- oder tastbare respiratorische Bewegung des Kehlkopfes, welche unabhängig vom Willen des Athmenden, synchron mit der Respiration erfolgt, ist pathologischer Natur und unterscheidet sich von der bei (willkürlich) vertiefter, normaler Athmung auftretenden Bewegung durch das Fehlen des statischen Nullpunktes, durch das Vorhandensein zweier Grenzlagen mit getrennten Functionen, durch die wechselnde, der Willkür entzogene Excursionsgrösse der Bewegung und durch die mangelnde räumliche Stabilität der Grenzlagen."

HECHT.

94) **Graeffner** (Berlin). **Studien über die Tabes dorsalis mit besonderer Berücksichtigung der Kehlkopfsymptome.** (221 Fälle.) *Mit 1 Abb. Münchener med. Wochenschr. No. 36. 1907.*

Die interessante Arbeit ist zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

95) **W. B. G. Harland. Der Kehlkopf bei Tabes. (The larynx in locomotor ataxia.)** *Journal of the American Medical Association. 14. September 1907.*

1. Der Kehlkopf ist sehr selten bei Tabes afficirt. [? Red.]

2. Selten [? Red.] entsteht im Frühstadium der Erkrankung eine spastische [? Red.] Abductorlähmung, die auf die Vermuthung des Bestehens einer Tabes führt.

3. Im Spätstadium der Tabes findet man oft das eine oder andere Stimmband — meist das linke — in einer hyperabducirten [? Red.] Stellung.

EMIL MAYER.

96) **Polanski. Ein Fall von Dyspnoea spastica hysterica. (Przypadek duszności histerycznej.)** *Pam. Tow. Lek. 1907.*

Bei einem 17jährigen Mädchen kamen seit einigen Monaten ab und zu heftige Dyspnoeanfälle vor, welche schliesslich zur Tracheotomie bei der Kranken führten. Beim Laryngoscopiren wurden vom Verf. die Stimmbänder als blass, dicht bei einander gelegen und bei Inspiration unbeweglich gefunden. Es wurde daneben Hypästhesie des Pharynx und Larynx (hauptsächlich Epiglottis) constatirt. In der Nase bestand eine Leiste am Septum, die an die mittlere Muschel sich dicht anlegte. Das Sondiren der Leiste verursachte heftige Dyspnoeanfälle. Es wurde vom Verf. die Leiste chirurgisch entfernt und die Kranke bekam wieder normale Athmung. Verf. ist der Meinung, dass man in derartigen Fällen zur Tracheotomie nicht zu greifen habe, denn nach seiner laryngoskopischen Beobachtung in diesem Falle öffnen sich ab und zu die sich stark zussmmenziehenden Stimmbänder auf der Höhe des Anfalles, um Luft zu schaffen, und ziehen sich wieder zusammen.

A. v. SOKOLOWSKI.

97) **Th. J. Reardon. Congenitaler Kehlkopfstridor. (Congenital laryngeal stridor.)** *American Journal Med. Scs. August 1907.*

Ausgehend von einem Fall seiner Beobachtung giebt Verf. eine ausführliche Uebersicht über die Literatur des Gegenstandes.

A. LOGAN TURNER.

98) **D. R. Paterson. Congenitaler Kehlkopfstridor. (Congenital laryngeal stridor.)** *N. Y. Medical Journal. 15. December 1906.*

Auf Grund von 5 Beobachtungen schliesst Verf., dass keine Missbildung des Rachens oder Kehlkopfes vorliegt, ebensowenig wie abnorme Athmung. Der Stridor entstünde vielmehr im Larynxeingang durch Vibration der Weichtheile an der Hinterwand. Die Stimmlippen hätten daran keinen Antheil und eine Compression der Trachea durch eine vergrösserte Thymusdrüse komme nicht als wesentliches Moment in Betracht.

LEFFERTS.

99) **Alberto Muggia. Ueber die klinische Bedeutung des congenitalen Kehlkopfstridors. (Sul significato clinico dello stridore laringeo congenito.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. December 1907.*

Aus seinen Beobachtungen, deren er 8 in extenso mittheilt, schliesst Verf., dass es eine Form des angeborenen Larynxstridors giebt, die von ähnlichen Affectionen, die jedoch secundär zu Veränderungen des Nasenrachens, der Bronchialdrüsen etc. hinzutreten, zu trennen ist. Diese Form hängt immer zusammen mit einer schlechten Ausbildung des Vestibulum laryngis, die meist der Ausdruck einer Hemmungsbildung oder der Persistenz des kindlichen Kehlkopftypus ist. Daher ist der congenitale Stridor ausgesprochener und andauernder da, wo schwere Veränderungen des Organismus, schwere Störungen der Ernährung und des Centralnervensystems (Little'sche Krankheit) bestehen.

FINDER.

100) **Frank A. Coulon. Spasmus glottidis nasalen Ursprungs bei Erwachsenen. (Glottic spasm of nasal origin in adults.)** *N. Y. Medical Record. 24. August 1907.*

Verf. giebt ein kurzes Resumé über 16 Fälle von Spasmus glottidis nasalen Ursprungs, darunter einen Fall eigener Beobachtung: Es handelt sich um einen Spasmus, der alle Adductoren des Larynx mit Ausnahme des Arytaenoideus betrifft. Unter den gesammelten Fällen waren 57 pCt. weiblich und 43 pCt. männlich. Bei den Männern betrug der Durchschnitt 43 Jahre, bei den Frauen 42 Jahre. In 7 Fällen traten die Anfälle nur bei Nacht auf, in 2 anderen meist bei Nacht, in den übrigen 7 Fällen waren die Anfälle an keine Zeit gebunden. Die Resultate zeigten, dass die Ursache des Reflexes in 11 Fällen congestionirte oder hypertrophirte Muscheln, in 2 Fällen Polypen, in 2 Fällen atrophische Rhinitis und in einem Fall chronischer Nasenkatarrh war.

LEFFERTS.

101) **E. Barth** (Berlin). **Zum functionellen inspiratorischen Stimmritzenkrampf.** *Med. Klinik. 17. 1907.*

In dem mitgetheilten Falle (58jähriger Mann) war die Differentialdiagnose lange Zeit schwierig zwischen doppelseitiger Posticuslähmung und functionellem inspiratorischen Stimmritzenkrampf. Die Diagnose wurde schliesslich doch auf

letzteren gestellt, obgleich jedes hysterische Stigma fehlte und der Patient seinem Alter nach anscheinend ausser der Gefahr einer solchen Erkrankung stand, da meist jüngere Leute (Semon) befallen werden. SEIFERT.

102) **Netter. Das Chlorcalcium ($CaCl_2$) bei Tetanie, den Glottiskrämpfen, der Laryngitis stridulosa und den Convulsionen. (Le chlorure de calcium dans la tétanie, les spasmes de la glotte, la laryngite striduleuse, les convulsions.)** *La Clinique. No. 19. 1907.*

In 3 Fällen wurde allein durch die Verordnung von $CaCl^2$ die prompte Heilung der Tetanie erzielt. Diese Heilung trat um so rascher ein, je grösser die Dosis des dargereichten Mittels war. Aber auch bei der Behandlung von Glottiskrämpfen, Convulsionen und der Laryngitis stridulosa hat die Verabreichung des Chlorcalciumsalzes gute Resultate ergeben. Der Autor schreibt die Ursache jener Affectionen der Verarmung des Blutes und der Gewebe an Calciumsalzen zu, deren moderirende Action auf das Muskel- und Nervensystem durch die Arbeiten von Jacquer, Loeb und der italienischen Autoren nachgewiesen ist und daraus erkläre sich der günstige Einfluss ihrer Darreichung bei den genannten Affectionen.

BAYER.

103) **Domini Leonardo. Beitrag zum anatomisch-pathologischen Studium des Keuchhustens. (Contribute allo studio anatomo-patologico della pertosse.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. November 1907.*

Verf. giebt die Beschreibung des Befundes in 3 Fällen und folgert aus diesen, dass beim Keuchhusten eine Entzündung der Schleimhaut besteht, die den oberen Theil des Kehlkopfs betrifft, zuerst einfach katarrhalisch, später, wenn die Erkrankung in das spastische Stadium tritt, nekrotisirend wird; die Nekrose ist hervorgerufen durch specielle Wirkung des specifischen Mikroorganismus oder seiner Toxine; später haften dann vielleicht auf dem nekrotischen Terrain Protozoen. Da nach den Untersuchungen des Verf.'s besonders das Verbreitungsgebiet des N. laryngeus superior von den obenbeschriebenen Veränderungen befallen ist, so erklärt sich nach ihm durch diese Localisation das Symptomenbild des Keuchhustens. FINDER.

104) **Theron Wendell Kilmer. Fünfhundert Fälle von Keuchhusten mittels des Bauchgürtels behandelt. (Five hundred cases of whooping-cough treated by means of the abdominal belt.)** *N. Y. Medical Record. 27. Juli 1907.*

Das Material des Verf.'s besteht aus 500 Fällen; in 93 pCt. soll durch Anwendung der Bauchbinde erhebliche Besserung erzielt worden sein. Auch sollen diese Patienten frei von Complicationen geblieben sein. Verf. giebt eine Beschreibung der neusten verbesserten Binde und ihrer Anwendungsart. LEFFERTS.

105) **Nauwelaers. Behandlung des Keuchhustens mit Chloroformnarkose. (Traitement de la couqueluche par la narcose au chloroforme.)** (Verfahren von Heinrich v. Rothschild.) *La Clinique. No. 36. 1906.*

Im Cercle Médical von Brüssel berichtet N. über 6 Fälle, bei welchen er nur zweimal eine offenbare Besserung constatiren konnte. PARMENTIER.

106) **Sarabia. Ueber die Anwendung von Fluoroform beim Keuchhusten. (El empleo del fluoroforme en la tos ferina.)** *Revista de medica y cirurgia práticas. No. 922.*

Fluoroform ist weniger giftig als Bromoform; es vermindert die Zahl der Anfälle, nicht aber deren Intensität. Es ist in leichten Fällen ein ausgezeichnetes Sedativum und bei schweren Fällen eine sehr wirksame Unterstützung des Phenocols in der Periode der Defervescenz. TAPIA.

f. Schilddrüse.

107) **Halsted** und **Evans. Die Parathyreoiddrüsen. (The parathyreoid glandules.)** *Annals of Surgery. October 1907.*

1. Die Parathyroiddrüsen werden stets durch ausgebildete Parathyroidarterien, die in jedem Fall in dem Hilus eintreten, versorgt.

2. Die Parathyroidarterien, eine superior und inferior, entstehen aus der Thyreoidea inferior, häufig entstehen sie jedoch aus einer Anastomose zwischen der A. thyreoidea inferior und superior.

3. Zwischen den Parathyroiddrüsen und dem die Schilddrüsen einhüllenden Bindegewebe bestehen, wenn überhaupt, nur wenig directe Gefässverbindungen.

Der übrige Inhalt des Artikels ist von ausschliesslich chirurgischem Interesse.

EMIL MAYER.

108) **Hennebert. Parathyreoiddrüsen und accessorische Schilddrüsen. (Glandules parathyroïdes et corps thyroïdes accessoires.)** (Mittheilung im Cercle médical zu Brüssel.) *La Clinique. No. 14. 1907.*

H. führt zuerst die neuesten physiologischen und physio-pathologischen Kenntnisse bezüglich der Gland. thyroid. an; er bespricht dann die Glandul. parathyroid., deren Läsion die Ursache der acuten nervösen Zufälle (Tetanie), welche auf die Totalexstirpation der Gl. thyreoidea folgen, verursachen sollen; es existiren derer zwei Arten, die Gl. externae s. inferiores und die Gl. internae s. superiores. Diese Organe sind morphologisch und physiologisch von der Gland. thyreoid. verschieden und haben auch nichts mit den accessorischen Thyroiddrüsen gemein. Sodann kommt er auf die accessorischen Thyreoidkörper zu sprechen, welche nur eine Prolongation der Hauptdrüse oder eine Lageanomalie derselben darstellen.

H. giebt die klinische Beschreibung der Strumata aberrantia an der Zungenbasis, welche vom Munde aus oder auf suprahyoidealem Wege operirt werden können und führt einen Fall an, den er vor Kurzem persönlich zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte. BAYER.

109) **Christiani. Schilddrüsenpfropfungen. (Thyreoid grafts.)** *N. Y. Medical Record. 29. December 1906.*

Chr. hatte gefunden, dass die Bedingungen für das Gelingen einer Schilddrüsenpfropfung darin bestehen, dass nur Schilddrüse derselben Thierspecies gebraucht wird und das transplantirte Gewebe lebend sei. Diese letztere Bedingung wird erfüllt, wenn zwischen dem Moment der Excision und der Implantation nicht

mehr als 10 Secunden vergehen. Zur Illustration wird ein bereits in der Münchener med. Wochenschr. (4. December 1906) beschriebener Fall mitgetheilt.

LEFFERTS.

110) **Richard. Kropf bei Neugeborenen. (Goiter in the new-born.)** *N. Y. Medical Record. 7. September 1907.*

Kropf kann angeboren und erblich bei Neugeborenen sein und ist eine sehr schwere Erkrankung. Die Symptome sind Cyanose, Dyspnoe infolge Compression der Trachea, Husten und Schluckbeschwerden infolge Druck auf den Oesophagus. Sehr selten ist der parenchymatöse Kropf, am häufigsten der Gefässkropf. Er besteht aus sehr erweiterten Venen, die breite Sinus bilden. Auch Cystenkröpfe kommen vor. In schweren Fällen ist die Behandlung eine operative, und zwar wird die Exothyropexie vorgezogen; die Thyreodectomie ist für diese Fälle eine zu schwere Operation.

LEFFERTS.

111) **Gottschalk** (Mayen). **Ein tödtlich verlaufener Fall von Struma graviditatis.** *Med. Klinik. 3. 1907.*

Bei einer $1^1/_2$ Jahre kinderlos verheiratheten Frau musste wegen hochgradiger Struma die Strumectomie gemacht werden. Kurze Zeit nach der Operation Conception. Während der Gravidität erneute rasche Zunahme der Struma, Einleitung der Frühgeburt, während der Einführung des Metreurynters Erstickungstod.

SEIFERT.

112) **M. B. Pinker. Die chirurgische Behandlung des Kropfes. (The surgical treatment of goitre.)** *American Journal Medical Sciences. August 1907.*

Die Abhandlung nimmt im Wesentlichen Bezug auf die in Kocher's bekanntem Werk niedergelegten Grundsätze und Erfahrungen.

LEFFERTS

113) **Ch. Goris. Thatsachen, 8 Fälle von Thyreidectomie betreffend; Vorstellung von 6 Operirten. (Faits concernant huit cas de Thyreïdectomie; Présentation de six opérées.)** *Separatabdruck. 1908.*

Mittheilung und Krankenvorstellung in der medico-chirurg. Gesellschaft von Brabant, mit in verschiedener Hinsicht interessanten Ergebnissen, so in Bezug auf die Aetiologie der Kröpfe, auf die Indication zur Operation, welche bei einigen Formen, die zum Kropfherz und zur Herzkachexie führen, formell wird: die Störungen des Respirationsapparates, die, sei es der Compression der Trachea und des Recurrens, sei es der Anwesenheit des Tumors im Mediastinum zuzuschreiben sind: die verschiedenen (hysterischen und recurrentiellen) Lähmungen und endlich in Bezug auf acute und chronische Tetanien.

BAYER.

g. Oesophagus.

114) **A. L. Hodgon. Olivenöl bei Verlegung des Oesophagus. (Olive oil in obstruction of the oesophagus.)** *Journal of the American Medical Association. 28. December 1907.*

Verf. wurde eines Abends von einem Arbeiter consultirt, bei dem ein Stück

Nahrung, wahrscheinlich Fleisch, in der Speiseröhre stecken geblieben war; seitdem war er nicht im Stande, auch nur einen Schluck Wasser hinunterzuschlucken. Verf. wandte Olivenöl an und nach 5 Minuten war Patient wieder im Stande, zu schlucken.

EMIL MAYER.

115) **Bircher** (Aarau). **Ein Beitrag zur plastischen Bildung eines neuen Oesophagus.** *Centralbl. f. Chirurgie. 51. 1907.*

In zwei Fällen wurde durch Plastik aus der Brusthaut ein röhrenförmiger Canal gebildet, der durch secundäre Operation mit dem Magen in Verbindung gesetzt wurde.

SEIFERT.

116) **A. Depage. Diverticulum des Oesophagus. Operation. Heilung. (Diverticule de l'oesophage; Opération. Guérison.)** *Journal de Chir. und Annal. de la Soc. Belge de Chir. No. 8. 1907.*

56jähriger Kranker, seit 5 Jahren an einem Diverticulum des oberen Oesophagustheils leidend; vor 4 Jahren partielle Abtragung desselben in Athen. Bald darauf complete Recidive in Form eines Sackes, welcher sich vorn am rechten Sternocleidomastoideus, wenn ein paar Schluck Wasser getrunken waren, bildete und bis zur Grösse einer Orange ausdehnte. Beim Zusammendrücken derselben regurgitirt die Flüssigkeit in den Mund. D. nahm die Operation vor, welche wegen der Adhärenzen und der grossen Distanz der beiden Oesophagusenden nach Resection des Sackes ziemlich mühsam sich gestaltete. Drainage des Mediastinums während einiger Tage. Heilung ohne weitere Störungen und ohne Hinterlassen jedweder Deglutitionsbeschwerden.

BAYER.

117) **Küster** (Marburg). **Ueber Divertikel und circuläre Narben der Speiseröhre.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 85. 1907.*

In dem mitgetheilten Falle handelte es sich um eine unrichtige Diagnose auf Grund eines Actinogramms, welches ein Divertikel vortäuschte, während nur eine Erweiterung über einer engen Strictur vorlag.

SEIFERT.

118) **H. Gehle** (Bremen). **Zur Radicaloperation des Oesophagusdivertikels.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1907.*

Bericht über einen einschlägigen erfolgreich operirten Fall. G. wandte eine von den bisherigen Operationsverfahren etwas abweichende Technik an, bezüglich deren auf die Arbeit verwiesen sei. Anschliessend Besprechung der einschlägigen Literatur.

HECHT.

119) **Martens** (Berlin). **Zur Kenntniss der Oesophagusdivertikel.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 83. 1906.*

Das Divertikel (63jähriger Mann) lag in der Mitte, hinter der Trachea, der Oesophagus wahrscheinlich nach links verschoben, der Sack ging in die Brusthöhle hinein. Operation verweigert.

SEIFERT.

120) **Wendel** (Magdeburg-Sudenburg). **Beitrag zur endothoracalen Oesophaguschirurgie.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 83. 1907.*

Nur von chirurgischem Interesse.

SEIFERT.



II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) E. J. Moure und **A. Brindel** (Bordeaux). **Handbuch der Hals-, Kehlkopf-, Ohren- und Nasenkrankheiten. (Guide pratique des maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez.)** Paris, Octave Doin. 1908.

Das vorliegende Buch ist eine anerkennenswerthe Arbeit, in welcher die Autoren es verstanden haben, unsere wichtigsten Kenntnisse über die Krankheiten des Halses, des Kehlkopfes, der Ohren, der Nase und der Nebenhöhlen zu einem didaktischen Zweck zusammenzufassen. Der Umfang des Buches erlaubt nicht, die Einzelheiten umständlich zu schildern, besonders, da die Verf. hauptsächlich die Absicht gehabt haben, ein klinisches Werk zu liefern, welches in gewisser Weise die Frucht ihrer persönlichen Erfahrung darstellt. Aber Dank der Klarheit, der Präcision, der Kunst, mit welcher sie die Hauptsachen hervorzuheben wissen, Dank der Originalität, durch welche sie viele Capitel in die Augen springen lassen, zeichnet sich dieses Buch durch zahlreiche Verdienste vor den meisten gleichartigen Lehrbüchern aus. In Bezug auf die Therapie giebt es vortrefflich den gegenwärtigen Stand der Nasen- und Kehlkopflehre wieder, und darum wird es auch mit Interesse und Nutzen von dem praktischen Arzt und den Studirenden gelesen werden. Moure und Brindel haben sich mit Ehre der Arbeit entledigt, die sie auf sich genommen hatten, und haben alle Hoffnungen erfüllt, welche man von ihrer tiefen Gelehrsamkeit, ihrem kritischen Verstande und ihrer Tüchtigkeit als Kliniker erwarten konnte.

Um dem Werke einen klinischen Charakter zu geben, sind jedem Theil desselben einzelne Vorbemerkungen über allgemeine Symptomatologie und besonders allgemeine Therapie, als auch die verlässlichsten anatomischen Anmerkungen für das Verständniss des Textes vorausgeschickt.

Der erste Theil ist der Krankheitslehre des Pharynx gewidmet. In diesem Capitel haben die Autoren ein wenig mehr Klarheit als gewöhnlich in die Classification der acuten Erkrankungen des Rachens zu bringen versucht. Sie theilen dieselben ein in katarrhalische, pseudomembranöse und ulceröse Krankheiten. Dieses Capitel ist uns sehr gut durchdacht erschienen und fasst kurz in einer bewunderungswürdigen Weise die gewöhnlich unklaren Kenntnisse, welche wir über diesen Gegenstand besitzen, zusammen.

Ebenso gut ist es den Autoren gelungen, auf etlichen Seiten die Pathologie der Tonsillitis und der Peritonsillitis phlegmonosa kurz aber ausreichend zu behandeln; einige sehr hübsche Figuren, welche dem Texte beigefügt sind, erleichtern diese Studie.

Gleicher Weise machen wir auf 6 erklärende Figuren aufmerksam, welche die Technik der Urano-Staphylorrhaphie betreffen und welche mehr darüber sagen, als eine lange, ermüdende Beschreibung.

Der zweite Theil ist dem Kehlkopf gewidmet. Obwohl der grösste Theil der Krankheiten dieser Organe nur verhältnissmässig kurz abgehandelt wird — wegen der beschränkten Dimensionen des Werkes — giebt es hier doch etliche wirklich interessante Capitel über die verschiedenen Formen der Laryngitis,

über die traumatischen Erkrankungen des Kehlkopfes, über die Stenosen und Vernarbungen.

Der sogenannte „Coup de fouet laryngien", d. h. die Erbrechung des Musc. thyro-arytaenoideus, zum ersten Mal durch Moure beschrieben, ist mit gewissen Einzelheiten dargestellt und verdient Beachtung. Dagegen sind die Bewegungsstörungen des Larynx dermaassen abgekürzt beschrieben, dass wir bedauern, dass die Autoren diesem sehr wichtigen Theil nicht ein wenig mehr Ausdehnung gegeben haben.

Der zweite Theil endet mit einem sehr originellen Capitel über die grosse Chirurgie des Larynx und der Trachea. Besonders die Thyreotomie, deren Technik durch Moure modificirt worden ist, ist sehr vollkommen dargestellt und durch gute Abbildungen illustrirt.

In dem dritten Theil beschreiben die Verfasser die Krankheiten der Nase, der Nebenhöhle und des Nasenrachens. Die Anatomie ist mit ganz specieller Sorgfalt behandelt worden und mit Figuren ausgestattet, welche den Lesern die Topographie dieser Region ins Gedächtniss rufen.

Die Autoren unterlassen hier, die zahlreichen Verfahren gegen die meisten dieser Krankheiten zu beschreiben, aber sie geben das Verfahren an, welches ihre grosse Erfahrung sie hat vorziehen lassen. So sind sie begeisterte Anhänger der Behandlung der Ozaena durch Injectionen von Paraffin, deren Förderer sie schon anderswo gewesen sind. Jedoch sei es uns erlaubt zu sagen, dass wir nicht die Beharrlichkeit begreifen, mit welcher sie immer das in der Wärme geschmolzene und bei ungefähr 55° schmelzbare Paraffin dem kalten Paraffin von 45° Schmelzpunkt vorziehen. Die Vortheile unserer Methode springen derart in die Augen, dass wir die Ueberzeugung haben, dass das ursprüngliche Verfahren, das nicht frei von Gefahren ist, bald vollständig aufgegeben sein wird.

Für die Entfernung der Siebbeingeschwülste empfehlen die Verff. die Siebbeinexstirpation nach dem Moure'schen Verfahren, eine ausgezeichnete Operation, welche endgültig Bürgerrecht erworben hat. Die Entfernung der Scheidewandvorsprünge wird am besten mit Hülfe des Hobelmeissels ausgeführt, welcher ebenfalls von Moure zum ersten Male angewandt und empfohlen wurde. Mit Bezug auf die Behandlung der Abweichung der Scheidewand rathen die Verff. zu einem mucocartilaginösen Resectionsverfahren, welches ihnen besser als die Killian'sche Methode erschienen ist.

Die Pathologie der Nebenhöhlen bildet ebenfalls ein Capitel, das man mit Nutzen um Rath fragen wird. Im Falle von Eiterungen der Highmorshöhle, welche nicht durch wiederholte Waschungen durch die natürliche oder künstliche Oeffnung heilen können, rathen sie die Operation nach Claoué oder die mehr radicale Caldwell-Luc'sche Methode an. Die Ogston-Luc'sche Methode hat ihnen in der Mehrzahl der Fälle von Stirnhöhlenempyem gute Resultate gegeben. Verfahren, wie das Killian'sche und Kuhnt'sche, dürfen nur Ausnahmeverfahren sein, die nur dann indicirt sind, wenn die Ogston-Luc'sche Methode versagt. Im Fall von complicirter Stirnhöhleneiterung mit Siebbeineiterung ist ihnen die Siebbeinentfernung als das auserlesene Verfahren erschienen.

Ausgezeichnet behandelt, reich an Gedanken und praktischen Winken, findet dieses werthvolle Lehrbuch allerorten eine günstige Aufnahme und ist bestens zu empfehlen. Broeckaert.

---

b) Uffenorde. Die Erkrankungen des Siebbeins. Jena, 1907.

Verf. beginnt die Einleitung seines Buches mit der Bemerkung, dass die Rhinologie die Würdigung, die man ihr neuerdings angedeihen lässt, dem grossen Fortschritt verdankt, den die Erkenntniss und die Therapie der Erkrankung der Nasennebenhöhlen in der jüngsten Zeit gemacht hat.

Dieses Wort hat gewiss seine Berechtigung. Weshalb sollte nicht auch hier wie überall die Vertiefung unserer Erkenntniss und die Erweiterung unseres Könnens gebührende Anerkennung finden? Aber es scheint fast, als ob auch bei dieser Gelegenheit von mancher Seite auf das Können mehr Nachdruck gelegt wird als auf das Erkennen, und das bedeutet gerade für unsere Disciplin eine ernste Gefahr. Weiss doch ein Jeder, welchen Schaden eine allzu energische operative Bethätigung schon oft in den grossen chirurgischen Disciplinen, in der allgemeinen Chirurgie und Gynäkologie angerichtet hat, und hier fehlt es doch wahrlich auch bei strengster Indicationsstellung nicht an Raum und Gelegenheit zu grossen und grössten Eingriffen. Wieviel gefährlicher dürfte es sein, wenn dieser Furor operativus mit seinen dehnbaren Indicationen sich auf ein Gebiet wirft, das, wie das unsrige, nur selten zu einer grosszügigen chirurgischen Bethätigung Gelegenheit bietet. Unser Verfasser hat diese Klippe an den gefährlichsten Punkten mit Glück und Geschick vermieden, hin und wieder aber scheint er mir doch über das Maass des Nothwendigen und Wünschenwerthen hinaus zu gehen.

Die Uffenorde'sche Monographie wendet sich an specialistisch vorgebildete Aerzte. Dementsprechend setzt er seinen Kapiteln über die Anatomie, über die Physiologie und die Entwicklungsgeschichte des Siebbeins die Bekanntschaft der grundlegenden Daten voraus. Bei Besprechung der einzelnen Punkte aber vermeidet er immer geschickt eine allzu eingehende Detaillirung; er giebt nie mehr, als die auf rein practische Tendenzen gerichtete Arbeit seines Buches erfordert.

Der klinische Theil beginnt mit einer kritischen Darstellung der Discussion über die Entstehung der Nasenpolypen. Der Verf. steht in dieser Frage, die mit musterhafter Klarheit behandelt wird, ganz und gar auf Seite von Hajek und Zuckerkandl. Woakes' Auffassung, die primäre Knochenerkrankung, wird mit aller Energie zurückgewiesen, ebenso die Schlussfolgerungen von Grünwald, Cholewa und Cordes, soweit sie von denen Hajek's abweichen.

Während Grünwald seiner Zeit dafür plädirte, dass Polypenbildung fast ausnahmslos auf irgend eine Herderkrankung zurückzuführen sei, steht Verf. auf dem Standpunkt, dass die Schleimhaut durch das eitrige Secret bei Nebenhöhlenerkrankungen ganz und gar nicht zur Hyperplasie und Polypenbildung, sondern zur Atrophie geführt werde. Dort, wo Empyeme der Nebenhöhlen mit Polypen zusammen gefunden werden, dürfte nach U.'s Auffassung das Empyem das Secundäre sein. Deshalb empfiehlt Verf. die hyperplastische Form der chronisch

entzündlichen Siebbeinerkrankung, trotz eventueller Uebergangsformen principiell von der eitrigen Form zu trennen.

Die Auseinandersetzungen des Verf. über diese Frage sind zweifellos von grossem Interesse, weichen sie doch von den bisherigen Anschauungen nicht unwesentlich ab. Wir geben gern zu, dass die Schleimhaut der Nase bei chronisch eitrigen Nebenhöhlenerkrankungen vielfach eine ausgesprochene Atrophie zeigt. Aber häufig genug sieht man doch neben dieser ausgesprochenen Atrophie der unteren Muschel eine ebenso unzweifelhafte Hyperplasie der mittleren Muschel, des öfteren auch einen einzelnen oder mehrere Polypen gerade an der Stelle, die von dem eitrigen Secret am meisten irritirt wird. Ref. hat bei solchem Befunde kaum jemals den Eindruck gehabt, dass die Polypen das Primäre, die Eiterung das Secundäre seien. Uebrigens kann man doch auch bei ganz acuten Processen gelegentlich beobachten, dass bei einer Herdeiterung die umgebende Schleimhaut zu hyperplastischer Production angeregt wird.

Die Indicationen, die Cordes für die Abtragung der mittleren Muschel aufgestellt hat, erscheinen Verf. „als viel zu weit gestellt." Dieselbe frische Bestimmtheit zeigt später die Abhandlung über das Verhältniss der Ozaena zu den Nebenhöhlenerkrankungen; die Entscheidung Uffenorde's fällt, wie nicht anders zu erwarten war, für Hajek-Zuckerkandl gegen Grünwald. Bemerkenswerth ist noch, dass Verf. die Ozaena des öfteren mit adenoiden Vegetationen combinirt gesehen hat, während doch von anderer Seite behauptet wird, dass Ozaena und adenoide Vegetation sich gegenseitig ausschliessen. Die Warnung vor operativen Eingriffen bei Ozaena kann nur auf's Wärmste unterstützt werden.

Das Wesentlichste an dem ganzen Werkchen ist aber das Kapitel über die Therapie. Hier giebt der Verf. eine Art von Glaubensbekenntniss, „er ist sich bewusst, einen zum Theil bislang nicht geübten radicalen Standpunkt zu vertreten", — — „da hier jede conservative Methode fruchtlos, ja schädlich ist". Hier ist meines Erachtens der Punkt, wo der Autor der Gefahr, welche der Drang nach einer operatizen Bethätigung mit sich führt, erlegen ist. Nach meinen Erfahrungen wenigstens, die ich, ohne operationsscheu zu sein, in einer mehr als 20jährigen Bethätigung an einem wenigstens ebenso grossen Material gesammelt habe, kommt man mit weniger radicalen Eingriffen vielfach zu demselben Resultat.

U. empfiehlt bei Ethmoid. hyperpl. aus prophylactischen Gründen radical zu operiren, um den üblen Folgezuständen von Seiten der Lungen und des Herzens vorzubeugen. Als solche Folgezustände werden angegeben: andauernder chronischer Bronchialkatarrh, eventuell mit Emphysem, Bronchiectasien, Dilatatio cordis, Asthma, Magenstörungen, Neigungen zu Influenza, Pneumonie u. s. w. — Ist auch von vorneherein zuzugeben, dass all' diese Affectionen hie und da einmal als Folgeerscheinungen der Ethmoid. hyperpl. auftreten können, ist auch weiter zuzugeben, dass bei jeder chronischen Bronchitis eine Nasenuntersuchung nothwendig ist, so muss ich doch hervorheben, dass ich bei meinem Krankenmaterial auch nicht annähernd soviel schwere Complicationen gesehen habe, wie U. angiebt (unter 50 Fällen 16 mal Bronchitis und 12 mal Bronchialasthma). Ich glaube, dass man „dem armen Wesen, welches immer mehr und unaufhaltsam an den Folgen der Nasennebenhöhlenaffection in den Lungen mit Herzveränderungen hin-

siecht“, in der Praxis nicht allzu oft begegnen wird. Und wenn U. sein radicales Vorgehen noch auf „die besonders schweren Fälle“ beschränken würde, dann liesse sich vielleicht noch eine Einigung erzielen. Aber wenn er auch bei einem solitären Polypen, der aus dem Infundibulum kommt, dazu räth, diesen nicht einfach mit der Schlinge zu evolviren, sondern mit einer Stanze erst den Proc. uncinat., dann die vordere Begrenzung der Stirnbucht, event. auch noch die Bulla ethmoid. zu entfernen und die benachbarten Zellen zu eröffnen, um zu sehen, ob diese gesund sind — dann muss ich sagen, dass mir hier die Prophylaxe über das Ziel hinauszuschiessen scheint. Ich wenigstens würde, wenn ich einen solitären Polypen in der Nase hätte, mich mit der einfachen Schlingenextraction begnügen, selbst auf die Gefahr hin, dass diese nach 2 Jahren noch einmal wiederholt werden muss. Von den zwei Uebeln, unter denen man in dieser Situation zu wählen hat, scheint mir das bisher übliche Verfahren das bei Weitem kleinere zu sein. Ausserdem glaube ich, dass die Gefahr eines Recidives, besonders bei solitären Polypen, doch nicht gar so gross ist, wie U. annimmt. Nach seiner Schilderung macht es fast den Eindruck, als ob es selbstverständlich sei, dass jeder Polyp nach der einfachen Schlingenextraction wiederwächst und das entspricht doch durchaus nicht den Thatsachen. Andrerseits bietet doch auch die Uffenorde'sche Methode, so radical sie ist, absolut keine sichere Garantie gegen die Wiederkehr der Polypen.

Auch gegenüber der Therapie der eitrigen Ethmoiditis habe ich einige Einwendungen zu machen. So betont U. immer und immer wieder, dass er bei allen Fällen von Polypenbildung mit eitrig schleimigem Secret principiell die Kieferhöhle punktire. Ich halte diesen Standpunkt nicht für richtig. Die Erfahrung hat gezeigt, dass auch Meistern des Faches bei der Punction der Kieferhöhle unangenehme Ueberraschungen nicht erspart bleiben; es ist also dieser Eingriff durchaus nicht so ganz belanglos, wie er gewöhnlich geschildert wird. Aber selbst wenn er das wäre, würde ich den „principiellen“ Standpunkt Uffenorde's ablehnen müssen. Die relative Harmlosigkeit eines operativen Eingriffes genügt nicht zu seiner Rechtfertigung. Nicht die Möglichkeit, sondern erst die durch anderweitige, harmlosere diagnostische Anzeichen erhärtete Wahrscheinlichkeit einer Kieferhöhlenerkrankung betrachte ich als eine genügende Indication für ihre Punction.

Bei der Therapie des Kieferhöhlenempyems vermisse ich die Erwähnung der breiten Eröffnung des Antr. Highmori vom unteren Nasengang aus, die mir seit einiger Zeit gute Erfolge verschafft hat in Fällen, bei denen ich früher sicher nur von einer Radicaloperation Heilung erwartet hätte. U. scheint die Ausspülung der eröffneten Kieferhöhle der Trockenbehandlung vorzuziehen. Interessant wäre es auch gewesen, wenn uns der Verfasser noch mitgetheilt hätte, welchen diagnostischen Werth er der Röntgenphotographie bei Erkrankungen der Nebenhöhlen zumisst.

Habe ich somit in einigen Punkten eine andere Auffassung gewonnen, als Uffenorde, so stimme ich ihm mit um so grösserer Genugthuung in dem allerwesentlichsten Punkte bei: Gerade so wie er, bin ich der Ansicht, dass man in den allermeisten Fällen mit endonasalen Eingriffen auskommen wird. Allerdings

wird man hier nicht immer auf eine volle anatomische Heilung rechnen können, aber in den allermeisten Fällen wird man die Beschwerden des Patienten ganz oder fast ganz beheben und die Gefahren bedrohlicher Complicationen ausschalten können. Nur für wirklich sehr ernste und schwere Erkrankungen reservire man die extranasalen Methoden, für die ich die Indication allerdings auch noch etwas enger stellen möchte als es U. thut. Aber nachdem ich gelesen habe, wie richtig U. den Ernst und die Schwere dieser Operationen beurtheilt, die durchaus nicht, wie das von mancher Seite geschieht, als harmlose, kleine Eingriffe hingestellt werden dürfen, nachdem ich gelesen habe, dass U. ebenso wie ich selbst die Radicaloperation durchaus nicht als gleichbedeutend mit der Radicalheilung betrachtet — hoffe ich, dass sich unsere Ansichten in der hoffentlich recht bald erscheinenden zweiten Auflage noch mehr genähert haben werden.

Die Capitel über die syphilitischen und tuberculösen Erkrankungen des Siebbeins und über die Tumoren in dieser Gegend geben ein klares und übersichtliches Bild von der einschlägigen Materie.

Ich habe den Herrn Herausgeber dieses Centralblattes ausdrücklich gebeten, die Drucklegung dieser eingehenden, in Form und Inhalt vielleicht von dem sonst üblichen Schema etwas abweichenden Besprechung ausnahmsweise zu gestatten, weil ich die Uffenorde'sche Arbeit trotz meiner in manchen Punkten abweichenden Ansicht sehr hoch einschätze, und weil uns Klarkeit auf diesem Gebiete dringend noth thut; die Behandlung der Nebenhöhlenfragen ist eine Klippe, wie unsere Disciplin solche in der kurzen Zeit ihres Bestehens schon des Oefteren gehabt hat; wir können sie geschickt umgehen, und es wird unser Ansehen mehren, wir können aber auch daran scheitern und unseren guten Namen schweren Schaden zufügen! — Darum empfehle ich das Uffenorde'sche Buch dringend der Aufmerksamkeit der Herren Collegen: Tua res agitur!

A. Kuttner (Berlin).

---

c) John Johnston Kyle. A manual of diseases of the ear, nose and throat. II. Edition. Blabiston Son & Co. Philadelphia.

Die Thatsache, dass innerhalb eines Zeitraums von anderthalb Jahren bereits die zweite Auflage dieses Buches nöthig wurde, spricht dafür, dass es einem Bedürfnisse entspricht. Einer der Hauptfehler in der ersten Auflage war die constante Verstümmelung der Eigennamen. Diesem Fehler ist, freilich noch nicht vollständig, im vorliegenden Buche abgeholfen worden. Ausgezeichnet ist die Eintheilung des Buches in Unterabschnitte; ein Drittel ist den Ohrenkrankheiten gewidmet.

Energisch möchten wir gegen die Anwendung der Localanästhesie bei der Entfernung der adenoiden Vegetationen protestiren. Ref. räth, vor der Operation eine 10—20proc. Lösung von Cocain mit einer 1prom. Adrenalinlösung in den Nasenrachenraum zu appliciren. Wir sind auf einen Todesfall in Folge Cocainvergiftung aufmerksam gemacht worden, der neulich bei einer solchen Gelegenheit sich im Sprechzimmer eines Arztes ereignet hat. Auch können wir uns nicht mit der Anwendung von Trichloressigsäure bei der als Angina Vincenti bekannten

Affection einverstanden erklären und wir vermissen die Erwähnung der localen Jodbehandlung bei dieser Krankheit.

Im Ganzen ist das Buch sehr zu empfehlen. Der Druck ist gut, die Illustrationen trefflich ausgeführt und das Format sehr handlich.

Emil Meyer.

---

d) Pariser laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Januar 1907.

Vorsitzender: Gallé.

Paul Laurens: Ueber einen Fall von spastischer Coryza mit Pollantin behandelt.

In einem Fall von spastischer Coryza, die jeder Behandlung widerstanden hatte, konnte Verf. eine Heilung mit intranasalen Insufflationen von Pollantinpulver erzielen.

Parquier: Ueber einen Fall von Myopathia facio-scapulo-humeralis mit vorherrschenden Nasensymptomen.

Beobachtung eines 29jährigen Mannes, der seit 9 Jahren an Myopathieen des Gesichts, Schulter und Arm leidet. Ein Hauptsymptom ist die Abplattung der Nasenflügel gegen das Septum, wodurch eine völlige Verlegung der Nasenlöcher bewirkt wird. Es besteht Atrophie der Nasenschleimhaut und der Muscheln. Pat. athmet durch den Mund.

Sitzung vom 17. Februar 1907.

Castex: Krankenvorstellungen: 1. Tumor des Rachens und des Cavums, diffuses Gummi.

2. Epitheliom der Zungenbasis bei einer Frau.

3. Tuberculöse Laryngitis bei einem 13jährigen Mädchen.

4. Alte nervöse Aphonie mit Atrophie der Stimmbänder.

5. Vicariirendes Nasenbluten bei einer Frau, bei der seit acht Monaten die Menses ausgeblieben sind.

Luc: Crico-Thyreotomie ohne allgemeine Anästhesie und ohne Trachealcanüle wegen eines Larynxepithelioms bei einem 72jährigen Mann.

Es wurde unter Scopolamin-Morphium-Narkose und Cocain operirt.

Monnier: Grosser Schleimpolyp der Nase bei einem 14jährigen Patienten mit Zeichen hereditärer Syphilis in der Nase.

Sitzung vom 12. April 1907.

Glover: Traumatische Laryngitiden nach Intubation beim Kind und Larynxverengerungen.

Cauzard: Das Alypin in der Oto-Rhino-Laryngologie.

C. kommt nach seinen Erfahrungen mit dem Alypin zu demselben Urtheil über seine Anwendbarkeit in der Oto-Laryngologie, wie die anderen Autoren, die darüber publicirt haben.

Paul Laurens: Neue Befestigung der Lampen an dem Clar'schen Spiegel.

A. Cartez.

---

e) Oto-laryngologische Gesellschaft in Stockholm. Arbeitsjahr 1907*).

Der Vorsitzende wird für jede Sitzung gewählt.

Schriftführer: Gunnar Holmgren.

Sitzung vom 17. Januar 1907.

Lagerlöf demonstrirteinen Fall von chronischem Oberkieferhöhlen-Empyem und einen von chronischem Stirnhöhlen-Empyem, beide mit gutem Erfolge operirt, der erste nach Dencker, der zweite nach Killian.

Strömberg berichtet über einen Fall von Kehlkopfkrebs bei einem 62 jährigen Manne, der voriges Jahr (November) durch Laryngofissur operirt war. Zu dieser Zeit war kein Recidiv zu sehen. Nach späteren Mittheilungen konnte man doch Mitte Februar 1907 solches constatiren; Ende dieses Monats erlag der Patient einer Pneumonie, die einer zweiten Operation (Totalexstirpation) folgte.

Stangenberg berichtet über 2 Fälle von Cancer laryngis.

Sitzung vom 21. Februar 1907.

G. Holmgren stellt einen Fall von multiplen Gummata in der Nase, im Pharynx und harten Gaumen vor.

Flodgoist stellt einen Fall von mikroskopisch und klinisch diagnosticirtem Kehlkopfkrebs bei einem 33jährigen Manne vor, der mit halbseitiger Larynxexstirpation operirt war; der Patient lebt noch (Januar 1908) recidivfrei.

Sitzung vom 21. März 1907.

G. Holmgren zeigt einen Fall von congenitalem Defect in der Nase und im weichen Gaumen vor.

Sitzung vom 18. April 1907.

Stangenberg zeigt einen Fall von inoperablem Cancer der rechten Oberkieferhöhle bei einem 28 jährigen Manne. Die klinische Diagnose war mikroskopisch bestätigt.

Ek berichtet über einen Fall von Kiefercyste.

Sitzung vom 16. Mai 1907.

Arnoldsson stellte einige Fälle von chronischem Kieferhöhlenempyem vor, die endonasal mit gutem Erfolg operirt waren.

---

*) In diesem Bericht werden nur solche Vorträge aufgenommen, die rhinolaryngologisches Interesse haben.



Lagerlöf demonstrirte einen Fall von ulcerösem doppelseitigem combinirtem Nebenhöhlenempyem, das nach Killian und Luc-Caldwell operirt war.

G. Holmgren zeigte einen Fall von Narbenstenose im Nasopharynx, wahrscheinlich auf Lupus basirend, der schon vor 20 Jahren diagnosticirt, jetzt aber vollständig geheilt ist.

Sitzung vom 19. September 1907.

Arnoldsson stellte einen Fall von pyogener Cysta mediana colli mit persistirendem Ductus thyreo-glossus, einen Fall von Ankylosis des linken Crico-arytaenoidgelenkes mit unsicherer Aetiologie und einen Fall von Lues cerebri, complicirt mit Larynxsymptomen (Pachydermie und doppelseitige Posticuslähmung) vor.

Sitzung vom 24. October 1907.

Flodgoist zeigte a) einen Fall von chronischer Oberkieferhöhleneiterung, der durch den unteren Nasengang mit gutem Erfolge operirt war; b) einen Fall von multiplen Papeln im Larynx.

Stangenberg demonstrirte ein Präparat von gummöser Infiltration des linken Taschenbandes.

Holmgren berichtete über 10 Fälle von Angina ulcero-membranacea. Der Vortrag ist in Hygiea publicirt.

Arnoldssen demonstrirte einen Fall von naso-pharyngealem Tumor mit Abducensparese und Reizung des Oculomotorius.

E. Stangenberg.

---

f) American Laryngological Association.

28. Jahresversammlung 31. Juni 1906 in Niagara Falls.

Vorsitzender: Joseph H. Gleitsmann.

Henry L. Swain (New Haven): Wie weit sind Abnormitäten der Nasenscheidewand an mangelhafter Function der Nase schuld?

Verf. wendet sich gegen die Neigung, für einen chronischen Katarrh eine eventuell bestehende kleine Leiste am Septum verantwortlich zu machen; er sieht ein Hauptmoment für das Znstandekommen solcher Katarrhe in den Schädlichkeiten des modernen Lebens (trockene Hitze etc.), auf deren Abstellung man bedacht sein müsse.

Charles W. Richardson: Einige Beobachtungen über nicht-traumatische Septumperforationen.

Verf. meint, dass spontane Septumperforationen besonders bei solchen Individuen vorkommen, die zur Tuberculose neigen und bei denen die Gewebe infolge gestörter Ernährung besonders leicht destruirt werden. Unter 15 Fällen befanden sich 11, in denen entweder directe physikalische Anzeichen für Tuberculose vorlagen oder eine sichere hereditäre Belastung bestand.

Cornelius G. Coakley (New York): Nasale Skiagraphie.

Demonstration von Röntgenbildern, die Erkrankungen oder Anomalien der Nebenhöhlen zeigen. C. ist der Ansicht, dass in manchen Fällen diese Untersuchungsmethode werthvollen Aufschluss giebt über Grösse, Gestalt und Zustand der Höhle und auch über die Beschaffenheit der auskleidenden Schleimhaut.

Bryson Delavan (New York): Die letzten Resultate der Radicaloperation der Nebenhöhlen.

In Anbetracht des Umstandes, dass eine grosse Anzahl von Fällen auch durch die radicalen Operationsmethoden nicht geheilt werden können, legt Verf. das Hauptgewicht darauf, dass die Practiker den acuten Fällen die grösste Aufmerksamkeit zuwenden und so das Chronischwerden der Empyeme nach Möglichkeit verhindern. Er schliesst seine Ausführungen mit der Bemerkung, dass „vernünftiger Conservatismus und langdauernde Beobachtung jedes Falles unerlässliche Factoren sind“.

Price Brown (Toronto): Eine neue Operation für extreme Fälle von Septumverbiegung, nebst Vorstellung eines erfolgreichen Resultates.

B. kann die Vorzüge, die der submucösen Resection nachgerühmt werden, nicht durchaus anerkennen und plaidirt dafür, die Substanz des Septums zu erhalten; er schlägt vor, die beiden Incisionen durch eine dritte zu verbinden, die im rechten Winkel zu ihnen steht. Er bezeichnet die Operation als H-Operation.

Emil Mayer meint, die Brown'sche Operation sei eine doppelte Asch'sche Operation. Er hält die submucöse Operation für die beste. Bei sehr jungen Kindern hat er damit keine befriedigenden Resultate erzielt; auch war, wenn man an Beseitigung der knöchernen Theile käme, die Localanästhesie nicht hinreichend.

Otto T. Freer ist ein Anhänger der submucösen Resection. Auch bei kleinen Kindern hat sie sich ihm bewährt, auch unter Localanästhesie. Mit dem Resultat bei Brown's Patienten ist er nicht zufrieden.

C. F. Theisen wendet bei Kindern unter 15 Jahren allgemeine Narkose an. Bei Deviationen, die auf das knorpelige Septum sich beschränken, war das Asch'sche Verfahren gut, bei Mitbetheiligung des Knochens giebt die submucöse Resection bessere Resultate.

John O. Roe (Rochester): Die Ethmoturbinalzellen vom klinischen Standpunkt betrachtet.

R. giebt eine Uebersicht über die durch Knochenauftreibungen der mittleren Muschel hervorgerufenen Symptome und die Behandlung dieser Affection.

Frederic E. Hopkins: Frontonasale Encephalocele.

Bei einem 11 Monate alten Kinde bestand eine Schwellung über dem rechten Nasenbein, die als congenitale Cyste betrachtet wurde. H. fand in der rechten Nasenhöhle eine an der äusseren Wand nahe dem hinteren Ende der unteren Muschel aufsitzende Geschwulst, die mit der kalten Schlinge entfernt wurde. Jetzt

entdeckte man einen kugeligen Tumor in der Höhe der mittleren Muschel von glatter Oberfläche, grauer Farbe und halbdurchscheinend. Druck auf die Schwellung in der Nase verursacht eine Zunahme der Schwellung aussen über dem Nasenbein. Es wurde die Diagnose auf Hernia cerebralis gestellt. Aus der Nase tropfte Cerebrospinalflüssigkeit, ungefähr 4 Tropfen in der Minute. Nach 2 Wochen starb das Kind an Meningitis. Von Seiten der anatomischen Pathologen wurde das entfernte Stück für einen Theil der Meningen erklärt.

James E. Newcomb (New York): Erkrankungen der Trachea.

N. spricht über Anomalien, Blutungen, Entzündungen und Infectionen. Er erwähnt Perichondritis bei Typhus, Tuberculose oder Syphilis, ferner Dermatosen, wie Erythema nodosum, Herpes, Impetigo herpetiformis, Erythema multiforme, Lichen ruber und angioneurotisches Oedem. Er bespricht ferner die Ozaena trachealis, Trachealhämorrhagien infolge Influenza, die Tuberculose der Trachea, die in einigen Fällen primär beobachtet worden ist, die syphilitischen Veränderungen in der Trachea und die tracheoskopische Diagnose derselben.

Clement F. Theisen (Albany): Trachealtumoren.

Es existiren Mittheilungen über 135 Fälle, von diesen betreffen 89 gutartige und 46 bösartige Tumoren. Unter ersteren werden erwähnt Fibrome, Lipome, Papillome, Ecchondrome und Chondroosteome, Adenome, intratracheale Strumen und Lymphome; unter den bösartigen Sarkome und Carcinome. Von den intratrachealen Strumen wurden bisher 10 berichtet. Die Papillome kamen meist bei Kindern vor und waren zweifellos angeboren, das Lipom der Trachea wird nur einmal erwähnt, das Fibrom dagegen 24mal. Die Carcinome kommen am häufigsten in der medullären Form vor, gelegentlich auch als Cylindrom; Sarkome konnte Th. 18mal berichtet finden.

William W. Simpson (New York): Trachealstenosen.

S. bespricht die Stenosirungen der Trachea von aussen und von innen und ihre Symptome, besonders auch den Unterschied im Charakter der Dyspnoe bei Stenosen des Larynx und der Trachea, ferner die Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der verschiedenen Dilatationsmethoden.

A. Coolidge (Boston): Fremdkörper und Tracheoskopie.

Redner giebt einen Ueberblick über die Geschichte der Tracheoskopie und Bronchoskopie, demonstrirt einige Modificationen des Instrumentariums, die sich ihm nützlich erwiesen haben und berichtet über drei Fälle von Fremdkörpern, in denen ihm die Extraction glücklich gelang.

Emil Mayer verfügt über fünf persönliche Erfahrungen von Bronchoskopie. In einem handelte es sich um einen Melonenkern bei einem 10 Monate alten Kinde.

Thomas J. Harris (New York): Larynxfibrom bei einem 5 Jahre alten Kinde; Recidiv in Form eines Papilloms; Laryngofissur; Heilung.

Die Anfangsgeschichte des Falles ist der Gesellschaft bereits vor einem Jahre

mitgetheilt worden. Sechs Monate, nachdem das Kind geheilt schien, trat wieder Stenose auf; man hielt die Ursache zuerst für Granulome; das Mikroskop zeigte, dass es sich um Papillome handelte. Es wurde dann eine Tube 6 Monate lang getragen; der Larynx ist seitdem frei.

Hudson Makuen (Philadelphia): Hysterische Stummheit.

Ein 22jähriger Mann erhielt einen Schlag gegen die Nase und das rechte Auge; er blieb einige Stunden bewusstlos, ohne jedoch ernstlich verletzt zu sein. Dagegen hatte er das Sprachvermögen gänzlich verloren. Als M. ihn zuerst sah, bestand ausgesprochene Anästhesie des Larynx. Die Stimmbänder klafften bei der Phonation und Patient schien die Fähigkeit, zu phoniren, vollkommen eingebüsst zu haben. Mehrwöchentliche Uebungen hatten nur vorübergehend den Erfolg, dass Patient ein paar kurze Worte hauchen konnte. Es bestand ein „physiologischer Defect" im Sprachcentrum. Im vierten Krankheitsmonat hatte Patient zwei hysterische Anfälle; in einem, der bei Nacht auftrat, stiess er in bewusstlosem Zustand nach 15 Monate langem Schweigen die ersten Worte aus. Mit der Zeit macht der Zustand Fortschritte zur Besserung.

A. B. Thrasher (Cincinnati): Kehlkopfpapillom infolge Inhalation feuriger Dämpfe.

Patient hatte vor 2 Monaten bei einer Gasexplosion eine schwere Entzündung der oberen Luftwege erlitten, von der er nur langsam genas; er wurde allmählich aphonisch. Man sah bei der Untersuchung im Larynx, der im Ganzen geröthet war, multiple Papillome. Dieselben wurden in mehreren Sitzungen entfernt. Th. verwerthet den Fall zu Gunsten einer Theorie vom entzündlichen Ursprung der Papillome.

Emil Mayer (New York): Sklerom des Kehlkopfs.

M. berichtet über einen Fall seiner Beobachtung, ein 16jähriges Mädchen aus Russisch-Polen betreffend. Sie behauptete, vor 3 Jahren bei der Ueberfahrt nach Amerika sich erkältet zu haben und seitdem heiser zu sein. Die Heiserkeit blieb constant. Es wurden massenhaft Borken ausgehustet und es bestand Dyspnoe. Von pathologisch-anatomischer Seite wurde die Diagnose auf Sklerom gestellt. M. betont, dass trotz des befriedigenden Allgemeinbefindens die Prognose schlecht ist. Da es sich um eine unheilbare und bis zu gewissem Grade contagiöse Erkrankung handelt, müssten nach Ansicht des Redners die Behörden ihre Aufmerksamkeit auf die Affection richten und die Quarantäne-Beamten Patienten mit Larynxsklerom die Landung nicht erlauben.

John M. Ingersoll (Cleveland): Zwei Fälle von im Kehlkopf eingekeilten Knochen.

Fall I. Mann mit progressiver inspiratorischer Dyspnoe, die Tracheotomie erfordert. Untersuchung am folgenden Tage zeigte völlige Abductorlähmung; ein Einblick in die Regio subglottica unmöglich. Oberhalb der Stimmlippen bestand Entzündung des Organs und zwei Ulcerationen. Jodkali blieb ohne jeden Effect. Einen Monat später Exitus infolge septischer Pneumonie. Autopsie zeigte ausser

den septischen Veränderungen einen Knochen von annähernd dreieckiger Form in einer Höhle der Hinterwand des Larynx, in die ein ungefähr 2 cm im Durchmesser messendes Geschwür führte. Die Anamnese hatte nichts für die Aspiration eines Fremdkörpers ergeben.

Fall II. Auch in diesem Fall wurde wegen Dyspnoe die Tracheotomie gemacht; man sieht nichts weiter, als unterhalb der Stimmlippen eine graurothe Fläche. Schliesslich wurde die Laryngofissur gemacht und man fand einen Knochen eingekeilt auf der rechten Seite der Trachea, dicht unter dem Larynx. Heilung. Auch in diesem Fall fehlte jede positive Anamnese.

J. E. Rhodes (Chicago): Sarkom des Nasenrachens; Behandlung mittels Adrenalininjectionen.

22jährige Frau; im Nasenrachen bestand eine Geschwulst, die vollkommen die Choanen verlegte und grosse Schmerzen verursachte, profuse Absonderung und alle Symptome einer chronischen Sepsis. Das Mikroskop ergab, dass es sich um ein Spindelzellensarkom handelte. Da eine Operation aussichtslos schien, so entschloss sich R., Adrenalin mittels einer langen Nadel durch die Nase hindurch in die Geschwulst zu injiciren. Die Symptome liessen bei dieser Behandlung erheblich nach, doch starb Patient nach 2 Monaten an Erschöpfung. Vorsicht ist bei längerem Adrenalingebrauch insofern geboten, als danach bisweilen Arteriosklerose auftreten soll.

Fletcher Ingals hat ausgezeichnete Resultate von Injectionen von Milchsäure bei Nasopharyngealsarkomen gehabt. Er beginnt mit 15proc. Lösungen und steigt bis 35proc.

Otto J. Freer: Die Entfernung der adenoiden Vegetationen durch die Nase mittels einer neuen Methode.

F. verwirft die gewöhnlichen Operationsmethoden und die üblichen Ringmesser und Curetten. Er hat eine Zange angegeben, mit der er von der Nase aus operirt; sie ist eine Modification der von Ingals zur Entfernung von Knochen aus der Nase angegebenen Zange. Verf. operirt unter Chloroformnarkose combinirt mit Anästhesie durch 10proc. Cocain.

William Lincoln (Cleveland): Mundathmung.

L. geht davon aus, dass viele Kinder auch nach Entfernung der adenoiden Vegetationen und hypertrophischen Tonsillen Mundathmer bleiben. Er führt das darauf zurück, dass eine solche Umgestaltung des knöchernen Gesichtsskeletts, hauptsächlich des Ober- und Unterkiefers stattgefunden hat, dass die Thätigkeit des Rhinologen allein nicht Abhülfe schaffen kann, und kommt zu dem Schluss, dass hier der Dentist in Thätigkeit treten und für Wiederherstellung der normalen Weite und Gestalt der Kieferbögen sorgen muss.

J. H. Bryan (Washington): Maligne Erkrankung der Zunge.

Bericht über zwei Fälle: Fall I: 60jähriger Mann mit indurirtem Geschwür am rechten Rand der Zunge im hinteren Drittel. Diagnose lautete auf Carcinom. Butlin in London hatte nach vorhergehender Laryngotomie die ganze rechte Zungenhälfte exstirpirt. Nach 7monatigem Wohlbefinden zeigte sich eine

Schwellung auf der gegenüberliegenden Seite des Halses. Diese wurde entfernt; am nächsten Tage Hemiplegie; Exitus infolge Pneumonie 48 Stunden nach der Operation.

Fall II: 70jähriger Mann mit Geschwulst auf der Zungenbasis und Oedem der Epiglottis. Auf der linken Halsseite geringe Drüsenschwellung. Die mikroskopische Untersuchung ergab Carcinom. Bei der Operation nach Kocher zeigte sich, dass die Geschwulst der Zunge und nicht der Epiglottis aufsass. Acht Monate später befindet sich Patient ziemlich wohl, nur ist die Articulation schwierig.

J. L. Goodale (Boston): Untersuchung des Halses bei chronischen Allgemeininfectionen.

G. bespricht den Zusammenhang zwischen infectiöser Arthritis und Tuberculose der lymphatischen Halsorgane. Er berichtet über 10 Fälle, in denen tuberculöse Halsdrüsenaffectionen bei gleichzeitigem Befund von Tuberkelbacillen in hyperplasirten Tonsillen mit oder ohne sichtbare Veränderungen in diesen bestanden und wo nach Entfernung der Tonsillen die Drüsenaffectionen nicht verschwanden und ferner Fälle, wo Cervicaldrüsen nach Entfernung von subacut oder chronisch entzündeten Tonsillen verschwanden. G. wendet sich dann der Rolle zu, die den Tonsillen als Eingangspforte für den Erreger des Rheumatismus zukommt. Er macht auf die Fälle von infectiösem Rheumatismus aufmerksam, bei denen sich pathologische Veränderungen an den Tonsillen fanden, die im Allgemeinen charakterisirt werden können als Retention von Detritus in den Lacunen mit oder ohne Vergrösserung der Tonsillen.

George B. Wood (Philadelphia): Aetiologie der Hyperkeratose der Tonsillen.

W. wendet sich gegen die Auffassung der Erkrankung als eine Leptothrixinfection. Es handelt sich vielmehr um eine Hyperkeratose des die Tonsillenkrypten auskleidenden Epithels. W. ist der Ansicht, dsss das Kryptenepithel die primäre Quelle der Lymphocyten darstellt; er betrachtet als Ursache eine Herabsetzung der functionellen Activität der Tonsille, während ein Theil des Kryptenepithels noch sein physiologisches Wachsthum fortsetzt.

T. H. Halsted (Syracuse, N. Y.): Mischgeschwulst des weichen Gaumens.

Bericht über den Fall eines 55jährigen Mannes, der über Halsschmerz und Heiserkeit klagt. Die linke Tonsille und Umgebung sah aus, wie bei Peritonitis; nachdem die Entzündung abgeklungen war, sah man, dass die linke Tonsille hochgradig vergrössert war. Am grössten war die Schwellung im weichen Gaumen; sie drängte die hinteren Gaumenbögen nach hinten und verlegte die linke Seite des Nasopharynx; der Tumor war hart und höckrig. Es bestanden keine Drüsenschwellungen. Der Tumor wurde ohne Schwierigkeiten unter Localanästhesie entfernt. Nach Verlauf von 11 Monaten kein Recidiv. Die mikroskopische Diagnose lautete auf Cylindrom, wahrscheinlich seinem Ursprung nach in Zusammenhang mit der Parotis.

Thomas Hubbard (Toledo): Fälle von Sarkom.

Bericht über zwei Fälle. Fall I betrifft ein gemischt-zelliges Sarkom, das sich dicht oberhalb der linken Tonsille entwickelt hatte, unter Schleich'scher Anästhesie exstirpirt wurde und nach 10 Monaten nicht recidivirt war. Im Fall II war einem 30jährigen Mann die anscheinend hyperplasirte Tonsille entfernt worden; es traten danach Schwellungen der Halsdrüsen auf, die sich als sarkomatös erwiesen. Patient ging nach 2 Jahren zu Grunde.

29. Jahresversammlung Washington 7. bis 9. Mai 1907.

Vorsitzender: Arthur W. De Roaldes (New Orleans).

J. W. Gleitsmann: Tuberculose der Nasennebenhöhlen.

Eine Uebersicht über die in der Literatur erwähnten Fälle. Unter 20 Antrumfällen fand sich 12mal Tuberculose der Nasenknochen oder des Oberkiefers; in 8 wurden Tuberkelbacillen in den Absonderungen gefunden. Es finden sich nur vier Fälle von Stirnhöhlentuberculose und einer von combinirter Siebbein- und Keilbeintuberculose. Die chirurgische Behandlung muss radical sein.

Coakley (New York) hat den von ihm mitgetheilten Fall nach $2^1/_2$ Jahren wiedergesehen, ohne dass ein Recidiv eingetreten war.

Gustav Killian (Freiburg) hat einen Fall von multipler Knochentuberculose mit Caries der linken Stirnhöhle gesehen. Nach der Operation trat Recidiv ein.

Samuel W. Langmaid: Massage des Rachens; Demonstration eines für diesen Zweck von einem berühmten Schauspieler gebrauchten Instruments.

Das Instrument hatte der verstorbene Edwin Forest benutzt, um eine Art Massage der Rachenschleimhaut auszuüben. Es besteht in einem glatten Holzgriff mit gebogenen Enden.

Charles H. Knight: Ein Fall von doppelseitiger Abductorlähmung des Kehlkopfs.

Die Anamnese ergab eine specifische Erkrankung; nach der Behandlung trat gewisse Besserung ein. In Bezug auf die directe Behandlung dieser Affection hat K. nur mit der Intubation und Tracheotomie persönliche Erfahrungen gemacht. Die Prognose dieser Fälle ist weniger hoffnungslos, als man allgemein glaubt.

Cornelius G. Coakley: Entfernung der Kehlkopfpapillome durch directe Instrumentation nach Killian.

Verf. hat sich der Methode in 6 Fällen unter allgemeiner Narkose bedient. Man muss die Zunge mit einer Zungenzange fassen und herausziehen. Der Patient muss rücklings auf dem Operationstisch liegen, der Kopf über dem Rand des Tisches nach unten hängen. Sobald man mit der Tube in den Larynx gelangt, soll die Zunge losgelassen werden. C. hat die Entfernung multipler Geschwülste deswegen schwierig gefunden, weil das Gesichtsfeld durch Blut und Schleim verdunkelt wird. In vier von den sechs Fällen war das Resultat befriedigend.

Gustav Killian hat zwei derart behandelte Fälle unter Beobachtung. Es ist in diesen Fällen nothwendig, den Larynx zu cocainisiren; sonst contrahirt er sich bei der Berührung mit den Tuben so, dass nichts zu sehen ist. Bei recidivirenden Fällen soll lange Zeit hindurch Arsen gegeben werden. Jodkali scheint Recidiven vorzubeugen.

Fletcher Ingals hält die Tracheotomie in allen kleine Kinder betreffenden Fällen für das beste, wenn auch seine persönliche Erfahrung zeigt, dass sie vermieden werden kann.

J. Payson Clark (Boston) ist ein Anhänger der Tracheotomie und meint, dass die Papillome danoch atrophiren.

Emil Mayer hält die Stirnlampe für unpraktisch und ist mehr für die Anbringung der Lichtquelle am Handgriff, so wie es Killian gerathen hat.

Francis R. Packard: Ophthalmologische Erscheinungen bei latenten Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

G. berichtet über 9 derartge Fälle.

J. H. Bryan lässt alle seine Nebenhöhlenfälle durch einen Ophthalmologen untersuchen; er hat Lähmung der Augenmuskeln, Scotom, Gesichtsfeldverengung etc. gesehen.

C. A. Laland: Drei Cardinalsymptome von Augenerkrankungen intranasalen Ursprungs sind zu erwähnen: Astigmatismus, Ciliarreflex und Einengung des Farbenfeldes.

F. C. Cobb: Conjunctivitis kann entstehen in Folge directer Infection des Auges von der Nase aus; für den Astigmatismus mangelt es an einer befriedigenden Erklärung. Man muss auch das starke neurasthenische Moment, das bei diesen Patienten besteht, mit in Rechnung ziehen.

H. P. Mosher hält Ptosis für ein ziemlich ungewöhnliches Symptom einer latenten Stirnhöhlenerkrankung. Er hat es einmal gesehen. Er kommt zu dem Schluss, dass die Röntgenuntersuchung viel zur Aufklärung dieser Fälle beitragen kann.

John W. Farlow: Spasmus des Oesophagus.

Bericht über den Fall einer Frau, die an Speiseröhrenspasmen leidet; ein Onkel väterlicherseits und ein Bruder haben dieselben Erscheinungen. Die Anfälle begannen vor vier Jahren. Pat. wird plötzlich blass, macht einen ängstlichen Eindruck und führt ihre Hand zur Brust. Sie klagt über Schmerzen tief im Halse, die aber nicht nach dem Arm ausstrahlen. Sie ist im Stande zu sprechen; Puls und Athmung sind nicht verändert; sie ist jedoch nicht fähig, so lange der Zustand andauert, das Geringste zu schlucken. Heisse Application auf den Hals brachte Linderung, ohne jedoch den Krampf zum Verschwinden zu bringen. Nach 20 Minuten lassen die Schmerzen nach, Pat. fördert den Schleim, der sich im Hals angesammelt hatte, heraus und der Anfall ist vorüber. Redner weiss keine Ursache für die Affection und erbittet Rathschläge in Bezug auf die Therapie.

H. L. Swain hat einen ähnlichen Fall gesehen.

W. E. Casselberry hat in mehreren derartigen Fällen Cocain angewandt.

L. A. Coffin glaubt, dass es sich bisweilen um reflectorische Störungen handelt. Ein Fall wurde durch Entfernung adenoider Vegetationen geheilt.

Fletcher Ingals hat Nutzen von der Einführung dicker Bougies gesehen.

Gustav Killian meint, dass die Affection oft ihren Grund habe in Magenkrankheiten, zu hastigem Essen und mangelhafter Mastication.

Der Vorsitzende hat Speiseröhrenspasmen bei Tabes gesehen, sowohl in späteren Stadien, wie auch im Frühstadium der Krankheit. In einem seiner Fälle waren die Spasmen das erste Symptom der Tabes.

Joseph L. Goodale: Einige Betrachtungen betreffend Allgemeininfection durch den Tonsillarring.

G. hat eine Reihe von Fällen gesehen, die als Illustration für das Eindringen des Rheumatismusgifts durch die Tonsillen gelten können. Auch nach Entfernung der Gaumentonsillen kann die Infection durch die lymphatischen Gebilde der hinteren Rachenwand erfolgen. Hat das Individuum bei seinen früheren Anfällen der Allgemeinerkrankung gleichzeitig Symptome seitens des Halses gehabt, so ist dies ein Zeichen von grosser Wichtigkeit.

Casselberry meint, dass die Follikel hinter den hinteren Gaumenbögen an manchen Allgemeinerkrankungen, wie Endocarditis, Rheumatismus etc. schuld seien. Solche Follikel müssen galvanocaustisch zerstört werden.

R. C. Myles lenkt die Aufmerksamkeit auf die Cervicaldrüsen und sagt, wenn die Tonsillenerkrankung sehr ausgesprochen sei, werden die Drüsen hart; je weicher sie würden, desto wahrscheinlicher sei, dass die Infection im Verschwinden begriffen sei. Derartig afficirte Tonsillen müssen gründlich exstirpirt werden.

Fr. H. Bosworth (New York) sagt, dass erkrankte Lymphorgane zwar entfernt werden müssten, hyperplasirte aber nicht.

Emil Mayer lenkt die Aufmerksamkeit auf einen jüngst erschienenen Aufsatz, der Gesichtspunkte aufstellt, die von der Theorie, dass die Tonsillen die Eingangspforte für Tuberculose darstellen, ganz verschieden sind.

Gustav Killian: Demonstration verschiedener neuer Instrumente zur Bronchoskopie und Oesophagoskopie.

H. P. Mosher zieht es vor, die Beleuchtungsquelle am Ende der Tube zu haben.

Fletcher Ingals findet, dass das Licht am distalen Ende der Tube nicht so vortheilhaft ist.

Emil Mayer meint, das Licht würde, wenn es an dem distalen Ende angebracht ist, durch Blut und Schleim sehr beeinträchtigt, die Stirnlampe falle durch Hitze beschwerlich, am vortheilhaftesten sei daher, wenn die Lichtquelle an dem Handgriff angebracht sei. Uebungen am Cadaver hätten keinen Werth, viel nützlicher seien solche am lebenden Hunde, dem man vorher eine Morphiuminjection gemacht habe.

Killian: Der Durchmesser einer elektrischen Lampe müsse mindestens 3 mm betragen. Er hat 116 Fälle von Tracheotomie nach Bronchoskopie erwähnt ge-

funden. In diesen Fällen war die Extraction schwierig gewesen und es war nöthig gewesen, die Tube lange Zeit in situ zu lassen. Persönlich hat er niemals einen solchen Fall gehabt. Wenn es nicht möglich war, den Fremdkörper durch den Larynx zu entfernen, so musste zur Tracheotomie und auch zur unteren Bronchoskopie geschritten werden.

J. Solis-Cohen: Moderne Maassnahmen zur Exstirpation von malignen Geschwülsten des Kehlkopfinnern.

Die vorausgängige Tracheotomie ist nicht erforderlich, ausser wenn eine strenge Indication für das Tragen einer Tube nach der Operation besteht. Redner macht eine gewöhnliche Tracheotomie und incidirt dann die Haut so, dass der Larynx frei gelegt wird und eine breite Hautbrücke oberhalb der Canüle bleibt. Dadurch wird die Ausdehnung der äusseren Wunde erheblich verringert und die Vereinigung begünstigt. Es werden keine Nähte angelegt, sondern die Theile durch Pflaster aneinandergezogen. Die postoperative Behandlung ist sehr wichtig; ein geschicker Assistent sollte für die ersten 24 Stunden zur Hand sein. C. excidirt die Geschwulst en masse nebst dem Stück Perichondrium, über dem sie aufsitzt.

Fletcher Ingals: Entfernung eines Larynxcarcinoms per vias naturales vor einem Jahre ohne Recidiv.

Wenn die Verhältnisse so liegen, dass wir hoffen können, die Neubildung vollständig mittels der endolaryngealen Methode entfernen zu können, so sollte dies versucht werden. Im Fall eines Recidivs ist Operation von aussen angezeigt.

Henry L. Swain: Bericht über die Entfernung eines Kehlkopfepithelioms durch Thyreotomie vor $3^1/_2$ Jahren.

Der Titel besagt den Inhalt.

Ingals räth zu der combinirten Anwendung von Cocain und Adrenalin.

Th. Hubbard macht darauf aufmerksam, dass Adrenalin keine Blutleere nach Aetheranwendung hervorruft.

J. P. Clark verfügt über einen vor 10 Jahren operirten und recidivfreien Fall.

Delevan (New York): Die Erfahrung zeigt oft, dass auch nach 3 Jahren noch Recidive eintreten können. Er hält alle Methoden für hoffnungslos und enttäuschend. Er hofft, dass eine Behandlung gefunden werde, durch welche die Chirurgie hier überhaupt ausser Betracht gestellt würde.

C. F. Theisen: Larynxepitheliom; Totalexstirpation nach Entfernung eines Stückes der Trachea; Tod am 13. Tage an Pneumonie.

Ausser diesem Fall berichtet Th. den eines Pharynxsarkoms, der ein 8jähriges Mädchen betrifft. Der Fall war inoperabel und es wurden Toxininjectionen gemacht; aber diese hatten ebenso wenig Effect, wie andere Mittel. Tod infolge Dyspnoe. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Spindelzellensarkom mit Schwellung der regionären Lymphdrüsen.

Thomas Hubbard: Das Problem der Asepsis in der Sprechstundenpraxis.

Verf. bespricht die Desinfection der Instrumente, Herstellung steriler Lösun-

gen, die Verhütung des Rostens der Instrumente, Desinfection des Operationsfeldes etc.

Gordon King räth zur Sterilisation der Sprays.

W. F. Shappell spricht über die Gefahren, denen der Arzt durch Anhusten etc. ausgesetzt ist.

George L. Richards: Ueberblick über die gebräuchlichen Methoden zur Entfernung von Adenoiden nebst Angabe einer gründlichen, sicheren und schnellen Methode.

R. empfiehlt das Adenotom von Schoetz.

J. W. Farlow möchte das Instrument bei kleinen Kindern nicht anwenden.

D. B. Delavan hat mit dem Instrument die üble Erfahrung gemacht, dass ein Stück in den Adenoiden stecken blieb. Er zieht die Froithingham'sche Modification des Gottstein'schen Messers vor.

G. H. Makuen zeigt ein modificirtes Gottstein'sches Messer.

A. W. Watson: Geraderichtung der Nasenscheidewand.

Wenn man das Septum ohne Resection geraderichten kann, so ist dieser Weg vorzuziehen. Er beschreibt seine Methode, die darin besteht, auf der convexen Seite von hinten nach vorn, dicht hinter dem Winkel der Deviation eine gekrümmte nach oben ansteigende Incision zu machen, die nicht durch die Mucosa der concaven Seite hindurchgeht. Das Septum wird durch Tampons oder Tuben in der richtigen Lage gehalten.

Emil Mayer empfiehlt die Operation besonders bei sehr kleinen Kindern. Er führt die Incision durch die Schleimhaut der anderen Seite hindurch; er zieht Gummituben der Gaze zur Tamponade vor.

Myles kennt zwei fatal verlaufene Fälle nach submucöser Resection.

W. F. Chappell: Grosser Pharynxtumor entfernt durch Pharyngotomia subhyoidea.

Der Stiel sass der linken ary-epiglottischen Falte auf und wurde mit Seidenfäden unterbunden. Der Tumor bestand aus Bindegewebe und Rundzellen.

Gordon King: Localanästhesie bei Highmorshöhlenoperationen.

K. operirt seit 2 Jahren nach Caldwell-Luc unter Localanästhesie.

Braden Kyle: Myxofibrom des Nasenrachens.

Farlow, Watson, Gordon King berichten über ähnliche Fälle.

Robert C. Myles: Bericht über einen Fall von Zungenkrebs; Frühdiagnose; Operation; Heilung.

Es handelt sich um einen Plattenepithelkrebs bei einem 64 jährigen Mann; die Operation fand vor 6 Monaten statt.

Emil Mayer.

g) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. November 1907.

Sonntag: Fall von Oesophago-Trachealfistel.

Der 34jährige, auf Tuberculose und Syphilis verdächtige Patient hatte in der Trachea, dicht oberhalb der Bifurcation ein Ulcus; breiige Speisen verursachten beim Schlucken Husten und erschienen in der Trachea an der angegebenen Stelle. Tracheoskopisch konnte man an der linken Seite der hinteren Trachealwand eine Fistel feststellen, die nach oben und unten von einer Membran begrenzt wird.

Finder stellt eine Patientin mit Lymphosarkomen des ganzen lymphatischen Rachenringes vor; eine therapeutische Beeinflussung war weder durch Arsenik noch durch Röntgenstrahlen zu erzielen.

Dann zeigt er ein mikroskopisches Präparat eines Kehlkopfibroms, das von scholligen Massen braunschwarzen Pigments vollgepfropft ist.

Lebram: Fall von syphilitischem Tumor des Rachens, der besonders die Hinterwand ergriffen hatte und für ein Carcinom gehalten worden war, auf Jodkali aber vollkommen schwand.

A. Meyer: Fall von Lupus des Gaumens und Rachens.

Die 22jährige Patientin litt vor 3 Jahren an Lupus der Nase und des Rachens; in Folge dessen Verlust der Uvula; jetzt findet sich Ulceration am weichen und harten Gaumen, hinterer Rachenwand und Zahnfleisch. Die mikroskopische Untersuchung eines probeexcidirten Stückes sicherte die Diagnose.

Senator findet auch hier wieder wie gewöhnlich an der Nase nur ein einseitiges Befallensein der Nase.

E. Meyer und A. Rosenberg: Die Einseitigkeit der Nasenerkrankung ist nichts charakteristisches für Lupus.

B. Fränkel: Knabe mit Combination von Lues congenita und tuberculöser Perichondritis cricoidea.

Vor 4 Wochen aus indicatio vitalis tracheotomirt. Defect am Unterkiefer, tiefe Narben am Hals und in der Ohrgegend, Perforation des Septum und vorderen linken Gaumenbogens und anderweitige narbige Veränderungen; im Larynx wulstartige subglottische Schwellung beiderseits. Im Sputum fanden sich Tuberkelbacillen. Hier hat also auch wieder die Lues eine Prädisposition für Tuberculose geschaffen. Unter dem Einfluss der Tracheotomie hat sich die Perichondritis cricoidea auffallend gebessert.

Schötz fragt, ob Jodkali verordnet, auf Spirochaeta pallida gefahndet worden ist.

B. Fränkel: Jodkali hat der Patient nicht bekommen, auf Spirochäten zu suchen ist bei dem Mangel an Drüsen sehr schwer und im Sputum dürften sie sich wohl kaum nachweisen lassen.



E. Meyer: 1. Fall von persistirender Thymus.

7 Monat altes Kind, das seit dem 3. Monat an inspiratorischem Stridor leidet. Dämpfung über dem Sternum, auf dem Röntgenbild einen der vergrösserten Thymus entsprechenden Schatten. Dieses Kind ähnelt ungemein der Schwester, die vor 3 Jahren hier vorgestellt und an derselben Erkrankung zu Grunde gegangen ist. Beide Geschwister zeigen Strabismus, Rhachitis und Mangel an Intelligenz.

2. Eigenartiger Fall von Pachydermia laryngis.

Bei dem 77jährigen Patienten sind beide Stimmbänder verdickt, auf ihnen sieht man kreidig weisse, erhabene Beläge, mikroskopisch Verdickung und Verhornung des Epithels, Papillen, Gefässe und Drüsen vermehrt.

Albrecht zeigt ein Röntgenbild einer zweigetheilten Kieferhöhle, deren Trennungswand frontal steht; während die vordere Höhle gesund ist, ist die hintere empyematös erkrankt.

P. Heymann berichtet über mehrere derartige Fälle.

Scheier glaubt nicht, dass das Röntgenbild die Annahme eines frontal gestellten Septums in der Kieferhöhle gestattet, vielmehr ein sagittales erwarten lässt.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Am 3. März begeht unser treuer Mitarbeiter, Prof. Seifert, das Jubiläum seiner 25jährigen Docenten-Thätigkeit in Würzburg. Wir sprechen dem verdienten Collegen unseren herzlichsten Glückwunsch aus. Ad multos annos!

Dr. de Roaldès (New-Orleans) ist zum Commandeur der Ehrenlegion ernannt worden.

Der Herausgeber des Centralblatts ist zum Ehrenmitglied der Manchester Medical Society erwählt worden.

Neues Specialjournal.

Der Revue hebdomad. de Laryngologie etc. entnehmen wir die Nachricht, dass unter Redaction von Dr. Molinié (Marseille) ein neues Specialjournal, betitelt: „Le Laryngoscope", das Licht der Welt erblickt hat, welches in dreimonatlichen Zwischenräumen erscheinen und an erster Stelle den allgemeinen Aerzten das Wesentliche der neueren Specialliteratur bekannt machen soll.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Zum fünfzigjährigen Jubiläum der klinischen Laryngologie.



JOHANN CZERMAK
geb. 17. Juni 1828, gest. 16. September 1873.



LUDWIG TÜRCK
geb. 22. Juli 1810, gest. 25. Februar 1868.

Lichtdruck von Albert Frisch, Berlin W 35.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

[illegible] XXIV. Berlin, April. 1908. No. 4.

[illegible] Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Türck-Czermak-Gedenkfeier.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

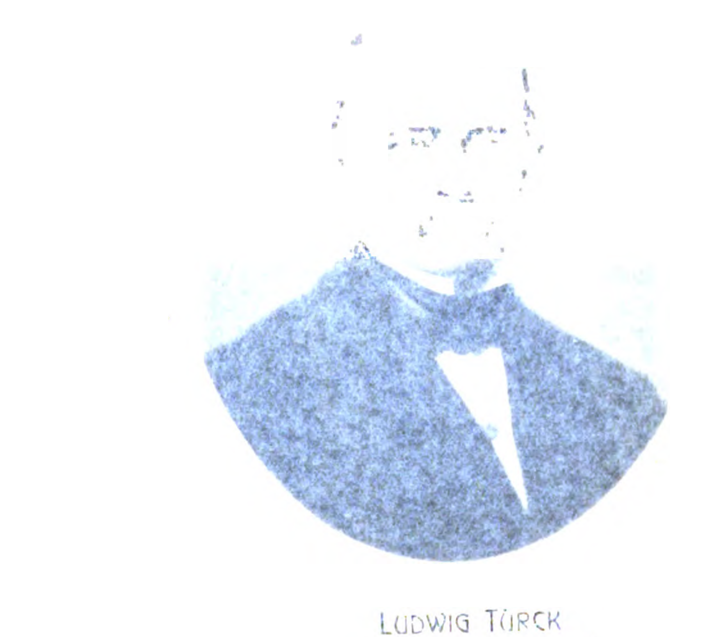
[illegible] Tagen vom 21. bis zum 25. April wird in Wien der [illegible] [illegible] Rhinologen-Congress stattfinden. Der erste wurde in Mailand [illegible] abgehalten, und es war beabsichtigt, eine zweite [illegible] [illegible] Paris vorzunehmen. Inzwischen aber war der Laryngologie [illegible] [illegible] Section bei dem allgemeinen internationalen medicinischen Con- [illegible] worden, der in London im Jahre 1881 tagte, und der Erfolg dieser [illegible] ein so bedeutender, dass folgende von dem verstorbenen Professor [illegible] beantragte Resolution: „dass, nachdem nunmehr zum ersten [illegible] internationalen medicinischen Congresse der Laryngologie die [illegible] worden sei, ihr Können zu erweisen und nachdem ihr eine [illegible] den anerkannten Specialitäten nunmehr völlig gesichert sei, eine [illegible] laryngologischer Congresse nicht mehr erforderlich, es [illegible] werth sei, den im vorigen Jahre auf dem Mailänder laryngo- [illegible] gefassten Plan: einen zweiten laryngologischen Congress im [illegible] Paris abzuhalten, nunmehr fallen zu lassen“ — einstimmig an- [illegible].

[illegible] sind nahezu 27 Jahre verflossen und der Verlauf der Dinge hat ge- [illegible] Mensch denkt, Gott lenkt“. So berechtigt die Erwartung damals [illegible] der Laryngologie nunmehr „eine Position unter den anerkannten [illegible] völlig gesichert sei“, so wenig ist sie in Erfüllung gegangen, wenig- [illegible] internationalen medicinischen Congresse in Frage kommen. Nur [illegible] widerstandslos eine mit den anderen anerkannten Speciali- [illegible] Stellung eingeräumt worden, einmal im Jahre 1890 in [illegible] dem im nächsten Jahre bevorstehenden internationalen Con- [illegible]. Bei allen anderen einschlägigen Gelegenheiten haben wir uns [illegible] entweder unter mehr oder minder harten Kämpfen erzwingen [illegible] den betreffenden Congressen ganz fernhalten müssen, um uns nicht [illegible] demüthigende Lage zu bringen. Und, was das Schlimmste

Zum fünfzigjährigen Jubiläum der klinischen Laryngologie.



JOHANN CZERMAK



LUDWIG TÜRCK

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, April. 1908. No. 4.

I. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress.

Türck-Czermak-Gedenkfeier.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

In den Tagen vom 21. bis zum 25. April wird in Wien der zweite internationale Laryngo-Rhinologen-Congress stattfinden. Der erste wurde in Mailand im Sommer 1880 abgehalten, und es war beabsichtigt, eine zweite Tagung im Jahre 1882 in Paris vorzunehmen. Inzwischen aber war der Laryngologie die Stellung einer Subsection bei dem allgemeinen internationalen medicinischen Congress bewilligt worden, der in London im Jahre 1881 tagte, und der Erfolg dieser Subsection war ein so bedeutender, dass folgende von dem verstorbenen Professor Johann Schnitzler beantragte Resolution: „dass, nachdem nunmehr zum ersten Male auf einem internationalen medicinischen Congresse der Laryngologie die Gelegenheit geboten worden sei, ihr Können zu erweisen und nachdem ihr eine Position unter den anerkannten Specialiiäten nunmehr völlig gesichert sei, eine Wiederholung isolirter laryngologischer Congresse nicht mehr erforderlich, es vielmehr wünschenswerth sei, den im vorigen Jahre auf dem Mailänder laryngologischen Congress gefassten Plan: einen zweiten laryngologischen Congress im Jahre 1882 in Paris abzuhalten, nunmehr fallen zu lassen" — einstimmig angenommen wurde.

Seither sind nahezu 27 Jahre verflossen und der Verlauf der Dinge hat gezeigt, dass „der Mensch denkt, Gott lenkt". So berechtigt die Erwartung damals schien, dass der Laryngologie nunmehr „eine Position unter den anerkannten Specialitäten völlig gesichert sei", so wenig ist sie in Erfüllung gegangen, wenigstens soweit die internationalen medicinischen Congresse in Frage kommen. Nur zweimal ist ihr bisher widerstandslos eine mit den anderen anerkannten Specialitäten gleichberechtigte Stellung eingeräumt worden, einmal im Jahre 1890 in Berlin, einmal bei dem im nächsten Jahre bevorstehenden internationalen Congresse in Budapest. Bei allen anderen einschlägigen Gelegenheiten haben wir uns eine solche Stellung entweder unter mehr oder minder harten Kämpfen erzwingen oder uns von den betreffenden Congressen ganz fernhalten müssen, um uns nicht in eine falsche und demüthigende Lage zu bringen. Und, was das Schlimmste



ist: bei dem bedauerlichen gänzlichen Mangel an Continuität dieser Congresse ist nicht die geringste Gewähr dafür vorhanden, dass nicht schon wieder bei dem nächsten Congresse, der dem Budapester folgt, genau dieselben unangenehmen Kämpfe von Neuem aufleben werden. Dazu kommt weiterhin noch, dass im Laufe der letzten zwanzig Jahre die Frage nach dem Bestehenbleiben getrennter Sectionen für Laryngologie und Otologie oder nach deren Vereinigung bei diesen Congressen sich immer mehr zugespitzt hat, und dass die Meinungen der Specialisten selbst über sie weit auseinandergehen.

Alle diese Dinge sind in diesem Centralblatt so häufig ausführlich erörtert worden, dass wir ihrer heute nur gedenken, um zu zeigen, eine wie glückliche Idee der Wiener laryngologischen Gesellschaft es war, das Jubiläum der Begründung der klinischen Laryngologie in Gestalt der Berufung des zweiten internationalen laryngo-rhinologischen Congresses und einer mit demselben verbundenen Gedenkfeier für die Dioscuren der klinischen Laryngologie, Türck und Czermak, zu begehen. Die beiden letzten internationalen Congresse, der zu Madrid und der zu Lissabon, besonders aber der letztgenannte, sind in der That, soweit die Laryngologie in Frage kommt, kaum als internationale Zusammenkünfte zu bezeichnen, und der letzte Congress, in dem wirklich die Laryngologie der Welt vertreten war, der Pariser, liegt beinahe acht Jahre zurück. Unter diesen Umständen ist eine Aussprache über die Fragen, die derzeit im Vordergrunde des Interesses stehen, beinahe eine Nothwendigkeit geworden, und die grossartige internationale Theilnahme, die aus der in unserer Februarnummer und in der gegenwärtigen veröffentlichten Liste der bis dahin angemeldeten Congressmitglieder erhellt, bezeugt, dass dies allerorten empfunden wird. Als besonders dankenswerth muss bezeichnet werden, dass das vorbereitende Comité nicht nur Fragen von wissenschaftlichem Interesse auf die Tagesordnung gesetzt hat, sondern dass auch Fragen von socialer Bedeutung, wie „die Laryngologie und Rhinologie vom allgemeinen medicinischen Standpunkt, — Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten“ und „Internationale Laryngologencongresse“ erörtert werden sollen. Alle drei Probleme verdienen die ernsteste Erwägung jedes Fachgenossen, und obgleich auf eine vollständige schliessliche Uebereinstimmung in ihnen nicht zu hoffen ist, so ist es doch gut, dass sie zur öffentlichen Aussprache gebracht werden sollen. Definitiv schlüssig werden wir uns wohl nur hinsichtlich der letzten zu machen haben, und möchten wir uns erlauben, diejenigen, welche sich mit der schwierigen Frage nicht eingehender beschäftigt haben und vor Beginn der Discussion über die Sachlage orientirt zu sein wünschen, auf die Leitartikel des Centralblatts Band XV, 1899, Ss. 217, 269, 333, und Band XXI, 1905, S. 411, zu verweisen, welche noch heute so actuell sind, als zu der Zeit, in der sie geschrieben wurden, und welche ihre Leser genügend in die sehr complicirte Sachlage einführen werden. Hinzuzufügen ist nur erstens: die Thatsache, dass schon jetzt die Anzahl der angemeldeten Vorträge ihre Erledigung innerhalb der Dauer des Congresses äusserst schwierig erscheinen lässt, — eine Thatsache, die im Verein mit früheren gleichen Erfahrungen bei internationalen Congressen besser als irgend eine langathmige Discussion die Unräthlichkeit erweist, die Laryngologie bei diesen Gelegenheiten mit der Otologie

zu **einer** Section zu vereinigen — und zweitens: die Erwägung der Situation, welche entstehen würde, wenn der Wiener Congress beschliessen sollte, dass in Zukunft periodisch unabhängige internationale laryngologische Congresse abgehalten werden sollten. Würden die allgemeinen internationalen medicinischen Congresse statt alle drei Jahre, nur alle vier Jahre stattfinden, so würde keine Schwierigkeit entstehen, indem die unabhängigen laryngologischen internationalen Congresse auch einmal alle vier Jahre, und zwar je zwei Jahre nach Abhaltung eines allgemeinen Congresses tagen könnten. Bleibt aber der gegenwärtige Modus bestehen, dem zufolge der allgemeine internationale Congress alle drei Jahre tagt, so ist es schwer zu sehen, zu welchen Zeiten die internationalen laryngologischen Specialcongresse abgehalten werden können, ohne dass die beiden Veranstaltungen einander empfindlich schädigen. Denn nur wenige Specialisten dürften geneigt sein, ausser zu den nationalen Specialcongressen, ausserdem noch einmal jährlich (oder alle zwei Jahre) zu einem internationalen Specialcongress zu gehen, und wenn das selbst anfänglich beschlossen werden sollte, so steht zu fürchten, dass der Besuch bald nachlassen und die Interessen sich bedauerlich zersplittern würden. Vielleicht wird auf dem Wiener Congress ein Ausweg gefunden. Jedenfalls möchten wir der dringenden Hoffnung Ausdruck verleihen, dass der Besuch der laryngologischen Section des im Jahre 1908 in Budapest stattfindenden allgemeinen internationalen medicinischen Congresses nicht in Folge des Wiener Specialcongresses leiden wird! — Es wäre dies eine schlechte Art, unsere Dankbarkeit unseren ungarischen Specialcollegen dafür zu beweisen, dass sie es — zum ersten Male seit 18 Jahren! — durchgesetzt haben, dass der Laryngologie ohne demüthigenden Kampf eine würdige Stellung bei dem nächsten internationalen medicinischen Congress zu Theil wird, und würde ausserdem im höchsten Grade unpolitisch sein, indem mangelnde Beschickung der laryngologischen Section zu Budapest zum Vorwand genommen werden könnte, uns bei dem demnächst folgenden allgemeinen internationalen Congress neue Schwierigkeiten zu bereiten! —

Die Aussichten für den Wiener Specialcongress sind als äusserst günstige zu bezeichnen. Die lange Pause seit unserer letzten wirklich internationalen Zusammenkunft, die grosse Anzahl der bereits angemeldeten Theilnehmer, unter denen sich viele der bekanntesten Laryngo-Rhinologen aller Länder befinden, die interessanten für die allgemeinen Discussionen gewählten Themata, die Plethora der privaten Vorträge, die Anziehungskraft der alten Kaiserstadt Wien, der Wiege der Laryngologie, die bekannte Liebenswürdigkeit unserer österreichischen Collegen — alles das vereinigt sich dazu, um uns mit Freude und Erwartung dem Congress entgegensehen zu lassen. Und eine ganz besondere Weihe wird demselben dadurch aufgedrückt, dass er als Gedenkfeier der beiden Männer dienen soll, deren Bildnisse diese Nummer des Centralblatts schmückt, und die vor nunmehr fünfzig Jahren Manuel Garcia's Erfindung der practischen Medicin dienstbar machten. Der Güte unseres verehrten Mitarbeiters, des Präsidenten des Congresses, Hofraths O. Chiari, verdanken wir nachstehende Biographien Türck's und Czermak's, die wir im Folgenden etwas verkürzt wiedergeben:

———

Ludwig Türck wurde am 22. Juli 1810 in Wien als Sohn eines Hofjuweliers geboren. Er studirte daselbst an der Mittelschule und beschäftigte sich 2 Jahre an der Universität mit der Rechtswissenschaft. Da er diesem Studium keinen Geschmack abgewinnen konnte, trat er in die medicinische Facultät über und wurde 1836 zum Doctor der Medicin promovirt.

Sein Lieblingsstudium waren die Nervenkrankheiten. 1840 trat er als Secundararzt in das Wiener allgemeine Krankenhaus ein und machte sich durch seinen unermüdlichen Eifer und seine Tüchtigkeit bei Baron Türckheim, dem hochverdienten Leiter des medicinischen Unterrichtes in Oesterreich, sehr beliebt. Dieser setzte es durch, dass eine eigene Abtheilung für Nervenkrankheiten im allgemeinen Krankenhause gegründet wurde und dass Türck daselbst die Stelle eines dirigirenden Arztes 1843 erhielt. Dort verfasste er seine erste Arbeit über die Spinal-Irritation. 1844 reiste er nach Paris, woselbst er unter Ricord studirte. Es folgten dann eine Reihe von gediegenen Arbeiten auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten, welche grundlegend wurden. — So hat Türck die anatomischen Beziehungen zwischen den primären Herden und den secundär erkrankten Partien des Nervensystems genau erforscht. Er begründete auch die Lehre von den primären Systemerkrankungen des Rückenmarks. Er machte wichtige Entdeckungen in Bezug auf die anatomischen Localisationen der Anästhesie bei Hemiplegie, experimentelle Versuche über die Leitungsbahnen des Rückenmarks und über die Hautsensibilität und wichtige klinische Beobachtungen über Neuralgie, Hyperästhesie und das Verhalten der Herzthätigkeit bei Neuralgien etc. Durch alle diese Arbeiten sicherte er sich eine führende Stellung unter den Neuropathologen. 1849 gab er wichtige Aufschlüsse über die Ursachen der Amaurose, 1850 stellte er als Ursache der Sehstörung bei Morbus Brightii einen Exsudationsprocess in die Netzhaut fest und 1852 machte er bahnbrechende Entdeckungen über die Blutungen in die Retina bei Tumoren des Gehirnes.

Im Sommer des Jahres 1857, als er schon zum Primararzt ernannt war, kam er auf die Idee, das Kehlkopfinnere mit einem gestielten Spiegel zu untersuchen. Er untersuchte damals den Kehlkopf einer grösseren Anzahl von Patienten seiner Abtheilung. Der damals in Wien wirkende Physiologe Professor Ludwig bestätigte später, dass ihm Türck im Sommer 1857 einige der von Garcia beobachteten Erscheinungen im Innern des Kehlkopfs mehrerer Personen gezeigt habe.

Professor Johann Czermak, der damals in Wien weilte, erfuhr durch Ludwig von diesen Untersuchungen und erbat sich im Winter von 1857 auf 1858 von Türck einige der Spiegel leihweise, um sie zu physiologischen Untersuchungen in Bezug auf die Bildung der Stimme und Sprache zu benutzen. Türck stellte ihm die Spiegel gerne zur Verfügung. Czermak bestätigte auch in einem Vortrage in der Gesellschaft der Aerzte in Wien, gehalten am 9. April 1858 (Wiener medicinische Wochenschrift, No. 16 vom 17. April 1858), dass „Niemand im Zweifel darüber bleiben könnte, dass in der That Herrn Dr. Türck das Verdienst gebühre, Garcia's Untersuchungsmethode, wenigstens hier zu Lande zuerst, das ist seit Sommer 1857, zu medicinischen Zwecken auf seiner Abtheilung mit Erfolg angewendet zu haben".

Czermak hatte nämlich schon früher in der Wiener medic. Wochenschrift, No. 13 vom 27. März 1858, in einem Artikel den Kehlkopfspiegel den Aerzten zu allgemeiner Anwendung empfohlen und darüber eben am 9. April den oben erwähnten Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte gehalten.

Auf eine Reclamation Türck's hin gab dann Czermak 5 Tage nach seinem Vortrage eine Erklärung ab, welche in der Wiener med. Wochenschr. No. 16 in der Beilage veröffentlicht wurde. Es heisst darin: „Hätte ich gewusst, dass, wie ich jetzt erfuhr, derselbe seine Untersuchungen den Winter hindurch wegen mangelnden directen Sonnenlichts in seinen Krankensälen nur unterbrach, so würde ich den in No. 13 enthaltenen Aufsatz unterdrückt haben, um meiner wesentlich auf Beobachtungen an mir selbst gestützten Anempfehlung des Kehlkopfspiegels zu practischen Zwecken nicht den Anschein zu geben, als wäre sie geschehen, um dem Primarius Dr. Türck die Priorität, auf welche ich übrigens niemals Anspruch gemacht habe, zu entziehen, denn diese gebührt ihm jedenfalls ganz unbestreitbar."

Nach diesen Aeusserungen Ludwig's und Czermak's ist nicht zu zweifeln, dass Türck als erster die Laryngoskopie zu klinischen und diagnostischen Zwecken verwendet hat. — Er verwendete aber dazu nur das directe Sonnenlicht und Czermak hat die Beleuchtung mit Hülfe eines Reflectors und einer künstlichen Lichtquelle eingeführt. — Czermak gebührt ferner das Verdienst, die Aerzte auf die grosse Wichtigkeit dieser Untersuchungsmethode aufmerksam gemacht zu haben. Er war es auch, der schon bei seinem Vortrage am 9. April die grössten Erwartungen von den Leistungen der neuen Untersuchungsmethode öffentlich aussprach. Er hat auch damals schon erwähnt, dass er an sich selbst die Luftröhre, ja sogar ihre Theilungsstelle und den Anfang der Bronchien zur Anschauung bringen konnte. Bei derselben Gelegenheit erwähnt er auch noch, dass man mit einem kleinen nach oben gekehrten Kehlkopfspiegel die hintere Fläche des weichen Gaumens, die Choanen, die Mündung der Tuben und den oberen Theil der Rachenhöhle werde untersuchen können. Endlich empfahl er damals schon die Durchleuchtung des Kehlkopfes von aussen, um dadurch möglicherweise die Dicke der Stimmbänder für die verschiedenen Register der Stimme zu beobachten.

Türck und Czermak wetteiferten nun mit einander, um die neue Untersuchungsmethode zu vervollkommnen. Czermak's Schüler, Semeleder, berichtete in der Sitzung vom 28. Mai 1858 (Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien, No. 28) über die Beobachtung eines Geschwüres am Zungengrunde mit Hülfe des Kehlkopfspiegels.

Störk, ein Schüler Türck's und Secundararzt an seiner Abtheilung, veröffentlichte im Auftrage Türck's in der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte, No. 51 vom Jahre 1858, die laryngoskopische Beobachtung zweier Fälle von krankhaften Veränderungen im Innern des Kehlkopfes.

Es ist bekannt, dass sich Türck fernerhin mit Feuereifer des Kehlkopfspiegels bediente, dass er seine Methode fortwährend verbesserte, dass er viele Instrumente ersann und vom Jahre 1858 bis 1864 52 Aufsätze über die practische Verwendung des Kehlkopfspiegels veröffentlichte. Endlich erschien im Jahre 1866

sein berühmtes Werk: „Die Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre, nebst einer Anleitung zum Gebrauche des Kehlkopfrachenspiegels und die locale Behandlung der Kehlkopfkrankheiten“, Wien, Wilhelm Braumüller; Paris, Eduard Jung-Trentel; Leipzig, K. F. Köhler. In diesem Werke ist die gesammte Pathologie und Therapie der Kehlkopf- und Luftröhrenerkrankungen in klassischer Weise bearbeitet, so dass dieses Werk heute noch von höchstem Werthe ist. Gleichzeitig erschien ein chromo-lithographischer Atlas der Kehlkopfkrankheiten nach Aquarellen von Elfinger und Karl Heitzmann.

Persönlich war Türck ungewöhnlich bescheiden und sehr zurückhaltend. Auf das Eifrigste mit seinen Studien beschäftigt, erkrankte er 1868 an einem Typhus exanthematicus, der nach 8 Tagen, am 25. Februar, zum Tode führte.

An äusserer Anerkennung war sein Leben arm. 1861 wurde ihm zu gleichen Theilen mit Czermak von der Pariser Academie der Wissenschaften der Monthyon-Preis zuerkannt und erst 1864 wurde er zum ausserordentlichen öffentlichen Professor ernannt. Sofort nach seinem Tode aber kam man zu der richtigen Auffassung seiner grossen Bedeutung. Die Professoren, die Primarärzte, die Secundarärzte des allgemeinen Krankenhauses und zahlreiche Freunde thaten sich zusammen und ehrten das Andenken des bedeutenden Mannes durch die Aufstellung seiner Büste im grossen Hofe des allgemeinen Krankenhauses. Der berühmte Architect Hansen entwarf den Plan zum Denkmal und der ausgezeichnete Bildhauer Pilz lieferte eine meisterhafte Büste des Verstorbenen, welche in Anwesenheit der hervorragendsten Lehrer der Wiener Schule enthüllt wurde.

Der Bruder des Verstorbenen, der Juwelier Josef Türck, betrieb die Errichtung einer Stiftung im Betrage von 200000 Kronen, deren Zinsen würdigen Studenten der Medicin zugewiesen werden.

Johann Nepomuk Czermak enstammte einer angesehenen Prager medicinischen Familie, wurde am 17. Juni 1828 in Prag geboren und erhielt namentlich durch Fürsorge seiner Mutter eine sehr sorgfältige Erziehung. Frühzeitig that er sich als Zeichner und Musiker hervor; doch entschloss er sich nach Vollendung seiner Mittelschulstudien in Prag zum Studium der Medicin und begann dieses 1845 in Wien. 1847 folgte er einer Einladung Purkyne's nach Breslau, beschäftigte sich dort hauptsächlich mit Mikroskopie und hielt schon 1849 in der naturwissenschaftlichen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur einen Vortrag über die Spermatozoiden von Salamandra atra. Er war schon als Student Mitarbeiter mehrerer Zeitschriften für Zoologie, Anatomie und Physiologie, siedelte 1849 nach Würzburg über und erlangte dort den Doctorgrad. Bald darauf wurde er Assistent Purkyne's an der Lehrkanzel für Physiologie in Prag und vermählte sich 1853.

1855 nahm er die Professur für Zoologie in Graz an und beschäftigte sich dort mit der anatomischen und physiologischen Zoologie. Im Herbst 1856 wurde ihm die Lehrkanzel für Physiologie in Krakau übertragen; er blieb aber dort nur bis Herbst 1857 und übersiedelte dann nach Wien, um bei den Physiologen Brücke und Ludwig zu arbeiten. — Auf welche Weise er hier die klinische Methode

Türck's verbesserte, vervollkommnete und zur allgemeinen Anwendung empfahl, ist schon bei der Skizze über Türck erwähnt. Es ist hier nachzutragen, dass er im Jahre 1859 die Rhinoskopie, die er schon 1858 als möglich erwähnt hatte, wirklich zum ersten Male ausführte und sie allgemein empfahl (Wiener med. Wochenschrift vom Jahre 1859, No. 32). Im Februar 1859 hat er unter Leitung des Kehlkopfspiegels als der erste den Kehlkopf sondirt. Im Januar 1859 erfolgte die erste Beobachtung eines Stimmbandpolypen mit dem Kehlkopfspiegel.

Schon im Sommer des Jahres 1858 wurde Czermak als Professor der Physiologie nach Pest berufen, woselbst grösstentheils noch in deutscher Sprache gelehrt wurde. Czermak beschäftigte sich dort nebst der Sorge für die Errichtung eines entsprechenden physiologischen Institutes mit der Ausbildung der Laryngoskopie und Rhinoskopie. Er verliess am 13. Juli 1860 Pest und zog sich in die Nähe von Prag zurück. Schon im Herbst 1859 unternahm Czermak Reisen nach Leipzig, Berlin und Breslau, um hier überall die neue Untersuchungsmethode bekannt zu machen. Unter den Männern, welche damals seinen Vorträgen und Demonstrationen folgten, sind zu nennen: Ruete, Merkel, Traube, Remak, Lewin, Middeldorpf, Rühle, Heidenhain und Voltolini. 1860 begab er sich nach Paris und dort waren Mandl, Mourra-Bourouillou und Ch. Fauvel seine eifrigen Schüler. Im Jahre 1861 wurde, wie erwähnt, der Prix Monthyon von der französischen Academie der Wissenschaften zwischen Türck und Czermak getheilt und beiden die mention honorable ausgesprochen.

Vom Frühjahr bis Sommer 1862 hielt sich Czermak in England auf, woselbst Morell Mackenzie, Gibb, George Johnson und viele andere seinen Demonstrationen folgten. Jedenfalls hat sich Czermak durch seine Reisen das Verdienst erworben, die Laryngoskopie weithin zu verbreiten. 1865 bekam er einen Ruf als Professor der Physiologie nach Jena, wo er ebenfalls als physiologischer Forscher und Schriftsteller, namentlich aber durch das Abhalten von populären Vorträgen sich besonders hervorthat. Trotz seiner Erkrankung an Diabetes, welchen er selbst an sich constatirte, nahm er 1869 einen Ruf nach Leipzig an und arbeitete dort unermüdlich weiter. Besondere Aufmerksamkeit verwendete er auf die Errichtung eines Musterhörsaales und war unermüdlich in wissenschaftlichen Arbeiten und Vorträgen; dabei machte aber sein schweres Leiden immer grössere Fortschritte. Er erkrankte im Sommer 1873 und verschied am 16. September desselben Jahres.

Czermak war ein Mann von unermüdlichem Thätigkeitsdrang, von dem liebenswürdigsten Benehmen und von erstaunlicher Arbeitskraft. Als er aus dem Leben geschieden war, bemühte sich seine untröstliche Wittwe mit seltener Ausdauer um die Herausgabe seiner gesammelten Schriften. Als Erfolg dieser Bemühungen erschien: „Gesammelte Schriften von Josef Nepomuk Czermak, vormaligem Professor der Physiologie in Leipzig, in 2 Bänden, Leipzig, Wilhelm Engelmann, 1879". Der erste Band enthält in 2 Abtheilungen alle wissenschaftlichen Arbeiten; der zweite Band neben einer Biographie von Anton Springer die populären physiologischen Vorträge Czermak's. Nach diesem Werke stammen von ihm 63 Arbeiten physiologischen und anatomischen Inhaltes, welche in verschiedenen Archiven, Zeitschriften und Academieschriften veröffentlicht wurden. —

Ausserdem sind von ihm 13 Arbeiten über die Laryngoskopie und Rhinoskopie verzeichnet, welche aus den Jahren 1858 bis 1865 stammen.

Es wird bemerkt worden sein, dass wir nur die äusseren Züge des berühmten Prioritätsstreits zwischen den beiden verdienten Männern, und auch diese nur in aller Kürze, wiedergegeben haben, ohne mit einem Worte eigene Stellung zu nehmen. Das ist mit gutem Bedacht geschehen. Die Wiederaufnahme der Discussion in der Berliner klinischen Wochenschrift im Jahre 1906 hat gezeigt, dass eine Einigung der Ansichten bisher nicht erzielt und gegenwärtig nicht zu erzielen ist. Es ist sehr wohl denkbar, dass die Frage in kürzerer oder längerer Frist von Neuem wieder aufgenommen werden wird. Bei dieser Gelegenheit aber, bei welcher wir die Manen der beiden dahingegangenen grossen Forscher vereint feiern, wäre es offenbar so unpassend wie möglich, die Verdienste des einen auf Kosten des anderen herauszustreichen! — Wir enthalten uns daher gegenwärtig jeder Erörterung des alten Streites, und möchten auch der dringenden und bestimmten Hoffnung Ausdruck verleihen, dass bei dem Congresse selbst Alles aufs Peinlichste vermieden werden wird, was auf eine Glorification des einen der Gefeierten auf Kosten des anderen hinauslaufen, zur Opposition herausfordern und die Harmonie des schönen Festes stören könnte! — Wir wollen uns vielmehr, um mit Goethe zu sprechen, freuen, dass wir „zwei solche Kerle haben!" —

Die Festgabe des Centralblatts zum fünfzigjährigen Jubiläum der Laryngologie besteht in einem Ueberblick über die Leistungen derselben in den verschiedenen Ländern seit der modernen Epoche, welche vor einem halben Jahrhundert durch die Einführung des Laryngoskops in die Medicin angebahnt worden ist. Derselbe stammt aus der Feder des Collegen Sendziak (Warschau), dessen wahrhaft monumentale Arbeit sicher die Bewunderung ebenso wie die Dankbarkeit aller Fachgenossen erwecken wird, und sein Beginn erfolgt in dieser Nummer.

Felix Semon.

II. Die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten.

Ein Jubiläums-Beitrag zur Geschichte der Laryngo-Rhinologie in den Jahren 1858—1908

von Dr. J. Sendziak (Warschau).*)

Den Theilnehmern des Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses in Wien gewidmet.

Die moderne Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie datirt von der epochemachenden Erfindung des Laryngoskops durch Garcia (1854) und von dessen Einführung in die klinische Medicin durch Czermak und Türck (1858).

Von bescheidenen Anfängen ausgehend erreichten diese Specialitäten mit der Zeit die gegenwärtige Höhe ihrer Entwickelung, so dass wir heute nach einem halben Jahrhundert mit Stolz auf die in quantitativer wie qualitativer Hinsicht aussergewöhnlichen Leistungen zurückblicken können, die während dieses Zeitraums die Rhino-Laryngologie aufzuweisen hat. So konnte diese Disciplin, die ursprünglich gegen erhebliche Vorurtheile anzukämpfen hatte, sich schliesslich ihre gebührende Stellung in der Reihe der übrigen medicinischen Sonderfächer erkämpfen. Zur Zeit bestehen an fast allen grösseren Universitäten der meisten Länder für Otologie und Laryngo-Rhinologie — leider sind ja diese beiden Specialitäten nicht immer getrennt! — bereits selbstständige Lehrstühle, an denen diese Fächer gelehrt werden, wenn auch bedauerlicherweise der Unterricht durchaus noch nicht immer obligatorisch ist; immer zahlreicher werden Universitäts-Kliniken und Polikliniken, an denen Studirende und Aerzte unter Leitung der hervorragendsten Vertreter des Faches Gelegenheit zur practischen Ausbildung in der Rhino-Laryngologie haben: endlich bestehen an vielen Krankenhäusern grösserer Städte Specialabtheilungen für Hals- und Nasen- resp. Ohrenkranke, ja selbst Specialkrankenhäuser (z. B. in London und in New-Orleans), an denen unter Leitung namhafter Specialisten Laryngologie und Rhinologie ausgeübt wird. Einen Beweis für die ausserordentliche Entwickelung der Laryngo-Rhinologie stellt auch die stattliche Zahl der Specialgesellschaften resp. der selbstständigen mit den übrigen Sectionen

*) Obwohl der Verfasser den Herausgeber ausdrücklich ermächtigt hat, in dem folgenden Artikel irgendwelche ihm angemessen erscheinende Veränderungen vorzunehmen, und obwohl in manchen Punkten die Anschauungen der beiden genannten nicht völlig miteinander übereinstimmen, so hat der Herausgeber es für unpassend gehalten, an solchen Punkten seine eigenen Ansichten denen des Verfassers zu substituiren. Denn die letzteren repräsentiren, wie die Leser sich überzeugen werden, das Ergebniss einer so riesigen Arbeitsleistung, dass der Verfasser sicherlich ein ebenso gutes Recht zu seiner eigenen Meinung hat, wie der Herausgeber zu der seinigen. Mit Ausnahme einiger Striche, Berichtigungen und sachlicher Zusätze, hat der Herausgeber daher kein Recht von der ihm ertheilten Erlaubniss gemacht. Aber er wünscht ausdrücklich hervorzuheben, dass obiger Artikel die persönlichen Ansichten seines Verfassers, nicht die des Centralblatts, repräsentirt, und dass ersterer für die von ihm mitgetheilten Thatsachen und die von ihm in dieser Arbeit ausgesprochenen Ansichten verantwortlich ist. Anm. d. Red.

gleichstehenden laryngologischen Abtheilungen der allgemein-medicinischen Körperschaften dar; ihre Zahl beträgt gegenwärtig 46, von denen 15, d. h. fast der dritte Theil, auf die Vereinigten Staaten von Nordamerika fällt. Es folgen weiter: Deutschland (8 Gesellschaften), Spanien (4), Frankreich und Russland (je 3), Oesterreich-Ungarn, Italien und Polen (je 2) und schliesslich Grossbritannien, Belgien, Holland, Dänemark, Schweden und Japan (je eine).

Was die Verschmelzung der Laryngo-Rhinologie mit der Otologie anbetrifft, so werden bei dem zweifellos engen Zusammenhang, der besonders zwischen Nasen- und Ohrenkrankheiten besteht, beide Specialitäten häufig aus practischen Zwecken vereinigt; in wissenschaftlicher Beziehung jedoch sind sie, besonders für medicinische Congresse, sowie als academische Lehrfächer, nach der Meinung des Verfassers durchaus von einander zu trennen. Bezüglich der internationalen medicinischen Congresse wurde die Frage von den unermüdlichen Vorkämpfern in dieser Richtung, von Sir Felix Semon (London) und B. Fränkel (Berlin), des öfteren zum Gegenstand der Erörterung gemacht. Seit dem VII. internationalen Congress in London (1881), besonders aber seit dem VIII. Congress in Kopenhagen (1884) ist die Rhino-Laryngologie bei den meisten — leider nicht bei allen — diesen Congressen als selbstständige Section den übrigen Zweigen der Medicin gleichgestellt gewesen.

Wenn auch bereits im Jahre 1880 auf die Initiative von Labus ein internationaler Congress für Rhinologie und Laryngologie in Mailand stattfand, dem dann ein zweiter — übrigens misslungener — während der Weltausstellung zu Paris im Jahre 1889 unter dem Vorsitz von Gellé folgte, so ist es doch ein grosses Verdienst der Wiener laryngologischen Gesellschaft und ihres Vorsitzenden, des Prof. O. Chiari, anlässlich der in diesem Jahre stattfindenden Gedenkfeier für Czermak und Türck, die Einrichtung specieller Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congresse wieder aufleben zu lassen. Möge diesem Congress und den ihm folgenden der beste Erfolg zum Besten unserer Disciplin beschieden sein!

Ein ferneres Zeichen für die ungewöhnliche Entwickelung der Rhino-Laryngologie ist die grosse Zahl der Fachzeitschriften. Ihre Zahl beträgt zur Zeit 39: in Frankreich 9, in Deutschland und Italien je 7, Nordamerika und Spanien je 6, in Grossbritannien, Oesterreich, Belgien und Russland je eine. Es ist zweifellos, dass in einigen Ländern (Frankreich, Italien und Spanien) die Zahl der Specialzeitschriften zu gross ist, während es dagegen auffällt, dass in anderen Ländern (Ungarn, Holland, Schweden, Norwegen, Dänemark und Polen) überhaupt keine solchen existiren.

At last, not at least wird der Fortschritt der rhino-laryngologischen Wissenschaft, zumal in den letzten Jahren, repräsentirt durch die grosse Zahl der auf diesem Gebiet veröffentlichten Arbeiten, die seit dem Jahre 1884, d. h. in ungefähr 25 Jahren nicht weniger als 43430 betragen; davon entfallen auf die ersten 10 Jahre 1884—1894 17477, auf den weiteren Zeitraum 25983*). Am auffallend-

*) Ich benutze hier vorläufig die jährlich in diesem Centralblatt erscheinenden statistischen Zusammenstellungen; im Uebrigen wird das genaue Verzeichniss aller laryngo-rhinologischen Arbeiten seit Einführung des Laryngoskops einen Theil meiner umfangreichen Monographie „Ueber die Geschichte der Laryngologie und Rhinologie" bilden, die ich demnächst zu veröffentlichen gedenke.

sten ist die Entwickelung der Rhinologie, der jüngeren Schwester der Laryngologie; nicht weniger als 11005 kleinere und grössere Arbeiten aus dem Gebiete der Erkrankungen der Nase, der Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums, d. h. der vierte Theil aller unsere Disciplin betreffenden Arbeiten wurde seit 1884 veröffentlicht. Erst an zweiter Stelle folgen die den Erkrankungen des Kehlkopfs und der Luftröhre gewidmeten Arbeiten (10251), dann die auf Mund- und Rachenhöhle (7691) und schliesslich die auf die Speiseröhre (1664) bezüglichen Arbeiten. Verhältnissmässig zahlreich sind die Arbeiten über Diphtherie und Croup (5736), besonders über die Serumbehandlung, ferner die allgemeine Themata behandelnden Publicationen (5226); über die Schilddrüse handelten 2669 Arbeiten. Was die Vertheilung der Publicationen auf die einzelnen Nationen betrifft, so stehen mit der Zahl von 11072, d. h. circa dem vierten Theil aller in den letzten 25 Jahren veröffentlichten rhino-laryngologischen Arbeiten die Vereinigten Staaten von Nordamerika an der Spitze. Die zweite Stelle der quantitativen Production nach nimmt Grossbritannien mit den Colonien ein (8064) und erst an dritter Stelle folgt Deutschland (7352), das jedoch, was den wissenschaftlichen Werth der dort veröffentlichten Arbeiten betrifft, entschieden an erster Stelle steht. Die vierte Stelle nimmt Frankreich ein (6690) und erst an fünfter folgt mit 2872 Arbeiten Oesterreich-Ungarn, das eigentliche Vaterland der Laryngologie, dem wir jedoch gleichfalls die werthvollsten Arbeiten auf diesem Gebiete verdanken. Es folgen Belgien und Holland (1862), Italien (1672), mein Vaterland Polen (1113)*) — das während der letzten 50 Jahre die verhältnissmässig hohe Ziffer von 1529 Arbeiten aufweisen kann —, ferner Russland (943), Spanien (739), Scandinavien (686) und an letzter Stelle die Schweiz (365). Japan, dessen medicinische Wissenschaft noch in den ersten Anfängen sich befindet und das erst seit allerletzter Zeit sich auf dem Gebiete der Laryngologie bethätigt, hat bisher nur ein paar Dutzend hierher gehöriger Arbeiten aufzuweisen. Eine ganz geringe Zahl von Arbeiten stammt noch aus Rumänien und Griechenland, während mir solche aus Portugal, Serbien, Bulgarien, der Türkei nicht bekannt sind.

Recht stattlich ist auch die Zahl der Handbücher: es sind deren in dem Zeitraum von 1858—1908 im Ganzen 97, sowie 12 Atlanten veröffentlicht worden, und zwar in Deutschland 25 Handbücher und 9 Atlanten, in Grossbritannien 17 Handbücher, in Frankreich 15 Handbücher und 1 Atlas, in Nordamerika 13, in Oesterreich 12 Handbücher und 1 Atlas, in Polen 7, in Spanien 3, in Italien 2 Handbücher und 1 Atlas, in Russland 2 und in Dänemark 1 Handbuch.

In Bezug auf die gewiss recht interessante Frage, wie viel Aerzte wohl gegenwärtig in der Welt unsere Disciplin als Specialfach betreiben, können wir uns nur auf die zwar ziemlich genauen, aber bereits 8 Jahre zurückdatirenden Angaben von Richard Lake in London (International Directory of Laryngologists and Otologists, II. Edition 1901) stützen, aus denen hervorgeht, dass die Gesammtzahl der damals existirenden Specialisten 2032 betrug. Diese Ziffer hat sich seitdem höchstwahrscheinlich verdoppelt, in den grösseren Städten auch verdreifacht; während Lake z. B. in Warschau im Jahre 1901 die Zahl der Specialisten für

*) Nach von mir angestellten Ermittelungen und Ergänzungen.

Hals-, Nasen- und Ohrenkranke auf 22 angiebt, zähle ich deren jetzt 58, also circa dreimal soviel. Nehmen wir also die Zahl der Hals-, Nasen- und Ohrenärzte in der ganzen Welt jetzt auf 5000 an und berechnen wir ihr Verhältniss zu der Gesammtzahl der Aerzte überhaupt (nach den neuesten Angaben 228234), so erhalten wir mehr als 2 pCt., für die grösseren Städte eine aber erheblich grössere Verhältnisszahl. Sie beträgt z. B. für Warschau über 7 pCt., und analog wird wohl auch in den meisten europäischen und amerikanischen Grossstädten das Verhältniss sein.

Sowie in Bezug auf die Quantität der veröffentlichten Arbeiten nimmt Nordamerika auch, was die Zahl der practicirenden Specialisten betrifft, den ersten Rang ein; nach Lake's Angaben für 1901 betrug sie 571, von denen allein in Chicago 151 und in New York 105, also in diesen beiden Hauptstädten fast die Hälfte practicirte. An zweiter Stelle folgt Deutschland mit der verhältnissmässig sehr grossen Zahl von 537 Specialisten, von denen 75 in Berlin practicirten, dann Frankreich (229, wovon 101, also fast die Hälfte, in Paris), Grossbritannien [139, davon 68, verhältnissmässig also wenig, in London, jedoch haben sich meines Wissens hier die Verhältnisse seitdem sehr verändert*)], ferner Italien (83, von denen 14 in Neapel und 11 in Rom), Spanien (72, der grösste Theil derselben in Barcelona und Madrid), Oesterreich-Ungarn (nur 61, wovon 24 in Wien und 15 in Budapest), Russland (60**), und zwar fast alle in den beiden Hauptstädten St. Petersburg und Moskau), Belgien (56, wovon 24, also fast die Hälfte, in Brüssel), Holland (40, wovon 11 in Amsterdam), Schweiz (35), Polen (29, davon nicht weniger als 22 in Warschau; nach meinen neuesten Erhebungen in ganz Polen 75 und in Warschau 58 Specialisten), Schweden (24), Norwegen (14), schliesslich Dänemark (alle 14 Specialisten in Kopenhagen). In den übrigen Ländern (Türkei, Japan, Portugal, Rumänien etc.) notirte Lake im Jahre 1901 nur je ein paar Specialisten für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke. Wie bemerkt, muss man die obigen Zahlen verdoppeln resp. verdreifachen, um eine genaue Vorstellung von der Menge der gegenwärtig unser Specialfach ausübenden Aerzte zu geben.

Von den hervorragendsten Vertretern des Faches, deren Tod in den letzten 50 Jahren einen schweren Verlust für die Laryngologie bedeutete, seien ausser Garcia, Czermak und Türck, den Begründern dieser Wissenschaft, nur folgende erwähnt:

Sir Morell Mackenzie in London, Verfasser eines der ersten und umfangreichsten Handbücher über Hals- und Nasenkrankheiten, Begründer der einzigen englischen Fachzeitschrift, und Sir George Johnson, ferner Elsberg, der Pionier der Laryngologie in Amerika und O'Dwyer, der Erfinder der Intubation bei Croup, beide in New-York, Moritz Schmidt in Frankfurt a. M., einer der hervorragendsten Vertreter der Laryngologie in Deutschland, Verfasser eines ausgezeichneten Handbuches über die Krankheiten der oberen Luftwege, Schech in München, dessen gleichfalls ausgezeichnetes Lehrbuch bereits die 6. Auflage er-

---

*) Sehr richtig! Die Mitgliederzahl der Laryngological Section der Royal Society of Medicine allein beträgt in diesem Augenblicke 166, correspondirende und Ehrenmitglieder nicht eingerechnet! F. S.

**) Gegenwärtig nach Lewin ungefähr 550!

reichte, V. v. Bruns, der Vater der intralaryngealen Chirurgie, Franz Riegel, Burow, Oertel, Max Schaeffer, Beschorner, endlich Traube, Lewin, Tobold, Waldenburg, Gerhardt (Berlin), v. Ziemssen (München), Gottstein und Voltolini (beide in Breslau), Stoerk und Schnitzler, zwei der Pioniere der Laryngologie in Oesterreich, Fauvel, Verfasser eines der ersten französischen Lehrbücher der Laryngologie, Gouguenheim, der langjährige Leiter der „Annales des maladies des oreilles, du nez et du larynx", im Verein mit Glover Herausgeber eines vortrefflichen rhino-laryngologischen Atlas, Krishaber, Fournié, Moura-Bourouillou (Paris), Ariza in Madrid, der erste spanische Laryngologe, Guye in Amsterdam, der erste, welcher die Aufmerksamkeit auf die sogenannte Aprosexia nasalis als Folge der adenoiden Vegetationen lenkte, schliesslich Wilhelm Meyer in Kopenhagen, der „Vater der adenoiden Vegetationen", dem die dankbare Nachwelt vor circa 10 Jahren ein Monument in seiner Vaterstadt errichtete, und viele andere, von denen noch im Speciellen die Rede sein soll.

Von den noch lebenden Vorkämpfern unserer Wissenschaft seien hier wegen Raummangels nur folgende der hervorragendsten Repräsentanten der einzelnen Nationen namhaft gemacht:

Sir Felix Semon in London, Verfasser werthvoller Arbeiten, besonders über die Kehlkopfinnervation und über bösartige Kehlkopfgeschwülste, Herausgeber dieses geschätzten und für jeden Laryngologen unentbehrlichen Centralblattes; Solis Cohen in Philadelphia, der Nestor der amerikanischen Laryngologen, Verfasser des ersten in Amerika erschienenen laryngologischen Lehrbuchs; Lefferts in New-York, einer der ausgezeichnetsten amerikanischen Laryngologen; Jonathan Wright, der Historiker unserer Wissenschaft; B. Fränkel in Berlin, der älteste und verdienstvollste Laryngologe Deutschlands, Herausgeber des „Archiv für Laryngologie"; Killian in Freiburg, dessen Name in der ganzen laryngologischen Welt als des Erfinders der Tracheo-Bronchoskopie einen guten Klang hat; L. von Schroetter in Wien, der ausgezeichnete Kenner der Krankheiten des Kehlkopfs und besonders der Luftröhre, und O. Chiari, sein würdiger Nachfolger auf dem Lehrstuhl für Laryngologie und in der Leitung der Wiener Universitätsklinik, der Vorsitzende unseres internationalen laryngologischen Congresses und Verfasser eines ausgezeichneten und umfangreichen Lehrbuchs der Krankheiten der oberen Luftwege; als Vertreter der Specialität in Ungarn E. von Navratil und Onodi, dieser als Verfasser zahlreicher werthvoller Arbeiten über Kehlkopfinnervation und Nebenhöhlenerkrankungen; Moure in Bordeaux, der verdienstvolle Herausgeber der „Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie", sowie Lermoyez in Paris, Herausgeber der „Annales de maladies des oreilles, du larynx, du nez et du pharynx", ferner Massei in Neapel, der Nestor der italienischen Laryngologen, Verfasser des ersten italienischen Lehrbuches, das auch in das Deutsche übertragen wurde; Burger in Amsterdam, dem wir unter anderem die schöne Arbeit über die laryngealen Störungen bei Tabes dorsalis verdanken; Schmiegelow in Kopenhagen, Siebenmann in Basel, Botey in Barcelona, Rauchfuss in Petersburg, der älteste der russischen Laryngologen, und schliesslich als Vertreter der Laryngologie in Polen,

Pieniazek in Krakau, Verfasser der vortrefflichen Monographie über die Verengerungen der oberen Luftwege, und viele andere mehr, deren bei der Schilderung von der Entwickelung der Laryngologie bei den einzelnen Nationen gedacht werden wird.

I. Die Entwickelung der Rhino-Laryngologie in Amerika.

Wie schon erwähnt, stammt die grösste Zahl der laryngologischen Arbeiten aus Amerika, wo die Specialität in ihrer Entwicklung eine ganz besondere Lebenskraft entfaltet hat. Schon in der vorlaryngoskopischen Zeit betrieb Horace Green die Localbehandlung der Kehlkopfkrankheiten. Er fasste seine in jeder Hinsicht reichen Erfahrungen zusammen in seinem bekannten Buche: „A treatise on diseases of the air passages" (1840), das noch vor der Einführung des Kehlkopfspiegels die vierte Auflage erlebte. Die erste Notiz in Amerika über die epochemachende Erfindung stammt aus der Feder von Stangenwald in New-York. Unschätzbare Verdienste für die Entwickelung der Laryngologie in Amerika hat sich der bereits im Alter von 48 Jahren der Wissenschaft durch den Tod (1885) entrissene Elsberg in New-York erworben. Nachdem er bei Czermak selbst mit der Laryngoskopie bekannt geworden, führte er sie bereits im Jahre 1860 nach seiner Rückkehr in Amerika ein, so dass er für den Pionier unserer Wissenschaft in der neuen Welt gelten kann. Elsberg war es auch, der bereits im Jahre 1861 die Laryngologie an der medicinischen Facultät in New-York lehrte und zwei Jahre später ebendaselbst die Leitung der ersten laryngologischen Klinik übernahm. Er stand ihr während eines Zeitraumes von 17 Jahren vor; nach ihm war die Leitung circa 30 Jahre lang in den Händen von Lefferts. Bereits 20 Jahre später wurde die Laryngologie in Amerika bereits an nicht weniger als 25 Universitäten und Colleges gelehrt. Gegenwärtig bestehen in Amerika nach Gleitsmann („Beitrag zur Geschichte der Laryngologie in den Vereinigten Staaten seit Einführung des Laryngoskopes", Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. 62. 1897) an 85 Universitäten, von denen er Notizen erhielt — es giebt in Amerika 118 — Universitäts-Lehrstühle für Laryngologie an 81; an 43 von diesen besteht ein gemischter Lehrauftrag für Laryngologie und Otiatrie, Ophthalmologie etc. entsprechend der in Amerika bestehenden Neigung, diese Fächer mit einander zu verbinden. An 7 Universitäten wird die Rhinolaryngologie von den sogenannten Instructoren (klinischen Professoren) gelehrt.

Von den noch Lebenden, die an der aussergewöhnlichen Entwicklung unserer Disciplin in Amerika mitgearbeitet haben, seien ausser den schon erwähnten Solis Cohen, Lefferts und Jonathan Wright noch genannt: Bosworth, Bryson Delavan und Gleitsmann — alle in New-York —, John Mackenzie in Baltimore, Knight, Coakley, Newcomb und Simpson, ferner Clinton Wagner, Freudenthal, Wendell Philipps, Holbrook Curtis, Mayer, Rice, Harris, Chisholm in New-York; French in Brooklyn, Pierce, Casselberry, Freer, Ballenger, Fletcher Ingals, Gradle, Bishop in Chicago; Braden Kyle, der Verfasser eines sehr verbreiteten Lehrbuches, Sajous und Grayson in Philadelphia; M. Goldstein, der Herausgeber des „Laryngoscope", Hanau Loeb, Herausgeber der „Annals of Otology, Rhinology and Laryngo-

logy", und Porter in St. Louis; Richardson und Bryan in Washington; Swain in New Haven; Ingerson in Cleveland; Levy in Denver, Coolidge und Goodale in Boston, Roe in Rochester, Chevalier Jackson in Pittsburg, Scheppegrell und de Roaldès in New-Orleans, Samuel Johnston in Baltimore und viele andere tüchtige Specialisten, deren Name wegen Raummangels nicht genannt werden kann.

Von den bereits gestorbenen Laryngologen, die sich um die Förderung ihrer Wissenschaft in Amerika verdient gemacht haben, seien hier ausser Elsberg und O'Dwyer, dessen Methode der Intubation noch heute nach 20 Jahren sich allgemeiner Werthschätzung und Anwendung erfreut, noch genannt: Jarvis, der die nach ihm benannte Schlinge für Nasenpolypen angegeben hat, Morgan, Lincoln und Ash in New-York, Seiler in Philadelphia, Verfasser eines bekannten Lehrbuches, das vier Auflagen erlebte, Thorner in Cincinnati, Mulhall und Glasgow in St. Louis, Daly in Pittsburg, Hooper in Boston, bekannt durch seine physiologischen Arbeiten über Kehlkopfinnervation, und Allen in Portland, lauter Namen von gutem Klang.

Ausser dem bereits erwähnten Lehrbuch von Horace Green wurden in den letzten 50 Jahren (1858—1908) in Amerika noch 13 Lehrbücher veröffentlicht, deren Gegenstand Laryngologie oder Rhinologie oder beides zusammen bildete. Es sind in chronologischer Reihenfolge:

1. Solis Cohen, Diseases of the throat 1872. II. Aufl. 1880. New York.
2. Seiler, Handbook of the diagnosis and treatment of the throat, nose and nasopharynx". Philadelphia 1879. IV. Aufl. 1889.
3. Clinton Wagner, Diseases of the nose. New York 1884.
4. Sajous, Lectures on diseases of the nose and throat. 1884. II. Aufl. 1889. New York.
5. Bosworth, A treatise on diseases of the nose and throat. 1884. II. Aufl. 1889. New York.
6. Burnett's system of diseases of the ear, nose and throat. (Ingals, Freer, Nose and Throat; Newcomb, Larynx.) 1892. IV. Aufl. 1901.
7. Kyle, A textbook of diseases of the nose and throat. Philadelphia 1889. III. Aufl. 1907.
8. Coakley, A manual of diseases of nose und throat. New York und Philadelphia 1899. III. Aufl. 1907.
9. Shurly, A treatise on diseases of nose and throat. 1901.
10. Bishop, Diseases of the ear, nose and throat etc. Philadelphia 1901.
11. Gradle, Diseases of the nose, pharynx and ear. Philadelphia u. London. 1902.
12. Grayson, A treatise on the diseases of the throat, nose etc. Philadelphia 1902.
13. Knight, Diseases of the nose and throat. Philadelphia 1903.

Von den grösseren Arbeiten resp. Monographien will ich nur die wichtigsten erwähnen, nämlich von Elsberg „The laryngological surgery in the treatment of laryngeal tumours" (Preisgekrönte Arbeit der Amer. med. Assoc. 1866.); und „Presidential adress" (Transactions of the Amer. laryng. Assoc. 1870.); weiter Lefferts „A pharmacopeia for the treatment of diseases of the larynx,

pharynx and nasal passages" etc. New York and London. 1884. II. Aufl.; O'Dwyer's „Intubation of the larynx". New York med. Journal. 1885; Lothrop „The frontal and ethmoidal sinuses of the nose". Boston. 1901; Scheppegrell „Electricity in the diagnosis and treatment of diseases of the nose, throat and ear". New York. 1902.

Jonathan Wright „The nose and throat in medical History". 1902; Richardson „The thyreoid gland and accessory thyreoid glands". Philadelphia. 1905; Loeb's „A study of the anatomy of the accessory cavities of the nose by topographic projections". Annals of Otol., Rhinol. and Laryngol. 1906. No. 4; Newcomb's „Diseases of the trachea (Anomalies, Hemorrhage, Inflammations and Infections). Ibidem.

Wie ich schon erwähnt habe, existiren oder existirten in America (d. h. den Vereinigten Staaten) 6 Fachzeitschriften, die der Rhino-Laryngologie allein oder in Verbindung mit der Otologie oder Ophthalmologie gewidmet sind:

1. „Archives of Laryngology", die älteste specielle Zeitschrift, begründet im Jahre 1880 in New York von Elsberg, Solis Cohen, Knight und Lefferts. Leider war ihre Existenz nur von kurzer Dauer (bis 1883).

2. „Annals of Otology, Rhinology and Laryngology". Erscheint vierteljährlich und wurde in St. Louis von Parker im Jahre 1891 begründet, anfänglich als „Annals of Ophthalmology and Otology" und seit dem Jahre 1896 als zwei voneinander unabhängige Blätter: „Annals of Ophthalmology" und die oben erwähnte „Annals of Otology, Rhinol. and Laryngol.", deren Hauptredacteur („Editor in Chief") gegenwärtig Loeb in St. Louis ist, sowie hervorragende Specialisten anderer Nationalitäten.

3. „Homoepathic Eye, Ear and Throat Journal." In New York seit 1895. Editors: Moffat und Palmer.

4. „Journal of Eye, Ear and Throat diseases". Baltimore. Erscheint zweimal monatlich seit 1896. Editors: Rediley, Chilsom und Winslow.

5. „The Laryngoscope". St. Louis. Monatsschrift, gegründet im Jahre 1896, redigirt von M. Goldstein.

6. „Journal of the respiratory organs", ebenfalls Monatsschrift, gegründet im Jahre 1889 von Mount Bleyer in New York.

Ich gehe jetzt zu den laryngo-rhino- resp. otologischen Gesellschaften über, an denen Amerika besonders reich ist, und deren Zahl 15 beträgt. Zu den wichtigsten derartigen Gesellschaften gehören:

1. „New York Laryngological Society", welche im Jahre 1873 von Clinton Wagner gegründet wurde.

2. „American Laryngological Association", von Davis in Chicago im Jahre 1878 begründet (der erste Präsident war Elsberg), zählt gegenwärtig 82 active Mitglieder, welche sich jährlich versammeln.

3. „Section of Rhinology and Laryngology of the New York Academy of Physicians". Gegründet im Jahre 1885 unter dem Präsidium von Rufus Lincoln.

4. „American Laryngological, Rhinological and Otological Society", welche im Jahre 1895 gegründet wurde und ihre Versammlungen jährlich in ver-

schiedenen Städten von Nordamerika abhält, von denen die letzte (13.) in New York imJahre 1907 (Präsident Wendell Philipps) stattfand. Sie veröffentlicht ihre Arbeiten jährlich in den „Transactions of Amer. Laryngol., Rhinol. and Otol. Society“ und zählt gegenwärtig 269 amerikanische und ausländische Mitglieder.

Diese Gesellschaft theilt sich in vier Sectionen: a) „Southern“, welche im Jahre 1897 von Scheppegrell in New Orleans gegründet wurde, b) „Middle“, c) „Eastern“, schliesslich d) „Western Section“.

5. „Western Ophthalmological, Otological, Laryngological and Rhinological Association“, welche in St. Louis im Jahre 1897 gegründet und seit 1903 verändert wurde in die

6. „Academy of Ophthalmology and Otolaryngology“ (der gegenwärtige Vorsitzende ist Stucky).

Ausserdem bestehen in allen grösseren Städten von Nordamerika (New York, Chicago, Philadelphia, St. Louis und St. Francisco) Gesellschaften für Rhinolaryngologie resp. Otologie.

II. Die Entwickelung der Rhino-Laryngologie in Grossbritanien und Irland.

In dem Vereinigten Königreich und seinen Colonien lagen die Verhältnisse für die Entwickelung der Laryngologie bis vor kurzer Zeit viel ungünstiger als in Nordamerika, vor allem was die staatliche Anerkennung dieser Specialitäten betrifft.

Das „Royal College of Physicians“ hat nur zwei „fellows“, die ausschliesslich als Specialisten practiciren, nämlich Sir Felix Semon und St. Clair Thomson; ferner hat an der „University of London“ gegenwärtig (seit sechs Jahren) ein Laryngologe (Prof. Sir Felix Semon) einen Sitz im Rath der Facultät für vorgeschrittene Studien.

In Schottland und Irland wird jetzt überall Laryngologie und Rhinologie an den Universitäten (Logan Turner in Edinburg, Walker Downie in Glasgow) und in den Hospitälern gelehrt. An den Provinzialuniversitäten wird Laryngologie gelehrt von S. Moritz (Victoria University, Manchester) und Watson Williams (Bristol). Obligatorisch aber ist das Studium nicht, und ebensowenig sind Laryngologie und Rhinologie obligatorische Examengegenstände, obwohl hin und wieder diesbezügliche Fragen gestellt werden.

Jedenfalls ist es ein erfreuliches Zeichen, dass sich die Leitung der laryngologischen Abtheilungen jetzt an den meisten grossen Hospitälern Londons (durchaus nicht in allen!) in den Händen von Specialisten befindet*).

Ausserdem existiren in London gegenwärtig vier Specialhospitäler, nämlich das älteste noch von Sir Morell Mackenzie gegründete: „Hospital for diseases of the Throat“ und „Central London Throat and Ear Hospital“, das „London Throat

*) Für diese freundlichen mir von Prof. Sir Felix Semon in London angegebenen Details spreche ich ihm an dieser Stelle meinen herzlichen Dank aus.



Hospital“ und das „Metropolitan Ear, Nose and Throat Hospital“, an welchen reguläre klinische Curse der Laryngo-Rhino- resp. Otologie für Studenten und Aerzte abgehalten werden.

England ist das eigentliche Vaterland des Laryngoskopes, denn in London lebte der als hervorragendster Gesangslehrer bekannte Manuel Garcia und veröffentlichte dort seine berühmten „Observations on the Human Voice“ im Jahre 1855. Er ist erst vor zwei Jahren im Alter von 102 Jahren gestorben.

Die ersten, welche in England resp. Grossbritanien das Laryngoskop in die Praxis eingeführt haben, waren Gibb (1860) und Yearsley (1862. „Introduction to the Art of Laryngoscopy“.), besonders aber Sir Morell Mackenzie, welcher der eigentliche Vater der englischen Laryngologie genannt werden kann.

Die anfänglich nicht zu zahlreichen Specialisten für Laryngologie, Rhinologie resp. Otologie haben sich später, besonders aber seit 25 Jahren, ganz erheblich vermehrt.

Sie bildeten bis zur letzten Zeit zwei Gesellschaften: 1. „British Laryngological, Rhinological and Otological Association“, gegründet im Jahre 1888 von Sir Morell Mackenzie, welche jährlich ihre Versammlungen in verschiedenen Städten abhielt, und 2. „The Laryngological Society of London“, begründet im Jahre 1893 von Sir Felix Semon; ihre Arbeiten wurden in den „Proceedings of the Laryngological Society of London“ veröffentlicht. Gegenwärtig sind diese beiden Gesellschaften, so wie auch eine dritte, nämlich die „Otological Society of the United Kingsdom“ als zwei von einander unabhängige und den anderen Sectionen gleichgestellte Abtheilungen, nämlich als eine laryngologische und eine otologische Section in die im Jahre 1907 gegründete „Royal Society of Medicine“ aufgenommen; die laryngologische Section zählt gegenwärtig über 166 ordentliche Mitglieder.

Wie ich schon erwähnt habe, steht an der Spitze der britischen Specialisten Prof. Sir Felix Semon in London, welchem die Laryngologie im Allgemeinen und speciell die englische zu grossem Dank verpflichtet ist.

Zu den hervorragendsten Specialisten der Gegenwart in Grossbritannien gehören ferner: Dundas Grant, der sich durch seine zahlreichen Arbeiten auf dem Gebiete der Laryngo-, Rhino- sowie auch Otologie, einen guten Namen gemacht hat, weiter de Havilland Hall, Symonds, Greville, Mac Donald, Lake, St. Clair Thomson, Ball, Spicer, Waggett, Parker, Tilley, Woakes, Horne, Mayo Collier, de Santi, Bond, Donelan, Lack, Clifford Beale, Bowlby, Davis, Hill, Hovell, Percy Kidd, Law, Nourse, Stephen Paget, Pegler, Potter, Powell, Robinson, Spencer, alle in London, ferner Norris Wolfenden, zusammen mit Morell Mackenzie Mitbegründer der einzigen Fachzeitschrift in Grossbritannien, Gordon Holmes, Verfasser der ausgezeichneten Monographie über die Geschichte der Laryngologie, Wingrave, bekannter Anatomo-Pathologe, schliesslich Butlin, ein namhafter Chirurg, Verfasser der ausgezeichneten ins Deutsche übersetzten Monographie über die Krankheiten der Zunge — alle gleichfalls in London; weiter Creswell Baber in Brighton, Mac Bride, Mackenzie Johnston, Logan Turner in Edin-

burg, Mac Intyre, Walker Downie, Kelly und Newman — alle in Glasgow; Hunt und Permewan in Liverpool; Milligan, Hodgkinson, Moritz, Westmacott in Manchester; Watson William und Barclay Baron in Bristol, Bennett in Leicester, Davison in Bournemouth, Marsh in Birmingham, Paterson in Cardiff, Sandford in Cork, Smurthwaite in Newcastle, Woods in Dublin. In den Colonien: Birkett in Montreal, Price Brown in Toronto, Brady in Sydney und viele andere, welche ich hier wegen Mangels an Raum nicht erwähnen kann. Von den in Grossbritannien während des Zeitraumes von 1858—1908 gestorbenen Laryngo-Rhinologen muss ich ausser Mackenzie noch die olgenden anführen: Sir George Johnson, den Senior der Londoner Laryngolofgen, Lennox Browne, Verfasser einer der ältesten laryngo-rhinologischen Handbücher, ferner Whistler, Stewart, Spencer Watson, schliesslich Kanthack, den bekannten Anatomo-Pathologen — alle in London; ferner Hunter Mackenzie in Edinburg, Smyly in Dublin — alle hervorragende Vertreter der Laryngo-Rhinologie in Irland, Schottland und den Colonien.

Was die laryngologischen Zeitschriften in Grossbritannien betrifft, so existirt nur eine einzige, nämlich das in London im Jahre 1887 von Morell Mackenzie und Norris Wolfenden gegründete: „Journal of Laryngology, Rhinology and Otology". Die gegenwärtige Redaction bilden: Mac Intyre, Dundas Grant, Sandford und Milligan, sowie eine ganze Reihe von namhaften ausländischen Mitarbeitern.

Bereits in der vorlaryngoskopischen Periode existirten in Grossbritannien Lehrbücher der Laryngologie, nämlich das von Porter (1826), sowie Ryland (1837). Von den in der Zeit von 1858—1908 erschienenen Lehr- und Handbüchern seien folgende aufgeführt:

1. Duncan Gibb, „On diseases of the throat and windpipe". London 1860. II. Aufl. 1861.
2. Marcet, „Clinical notes on diseases of the larynx". London 1869.
3. Spencer Watson, „Diseases of the nose and its accessory cavities". London 1875. II. Aufl. 1890.
4. Lennox Browne, „The throat and nose and their diseases". London 1878. IV. Aufl. 1894.
5. Morell Mackenzie, „Manual of diseases of the throat and nose". London 1882, 1884. Gleichzeitig ins Deutsche von Felix Semon übersetzt.
6. Creswell Baber, „A guide to the examination of the nose". London 1886.
7. Greville Mac Donald, „A treatise on diseases of the nose and its accessory cavities." London 1890.
8. James Ball, „Diseases of the nose and larynx". London. 1890. III. Aufl. 1897.
9. Hutchinson, A manual of diseases of the nose and throat". London. 1891.
10. Mc. Bride, „Diseases of the nose, throat and ear". Edinburg. 1892. III. Aufl. 1900.
11. de Havilland Hall, „Diseases of the nose and throat". London. 1894.
12. Watson Williams, „Diseases of the upper respiratory tract". Bristol. 1894.
13. Walter Downie, „Clinical manual of diseases of the throat. Glasgow. 1894.

14. de Havilland Hall and Herbert Tilley, „Diseases of the nose and throat". London. 1900.
15. Parker, „A handbook for diseases of the nose and throat. London. 1906.
16. Richard Lake, „The diseases of the nose and its accessory sinuses". London. 1907.
17. Waggett, „Diseases of the nose". London. 1907.
18. Tilley, „Diseases of the Throat". 1907.
19. Lack, „Diseases of the Nose etc.". 1906.
20. „Diseases of the Nose, Throat and Ear", in Clifford Allbutt's System of Medicine. (Von Sir Felix Semon, Watson Williams, Greville Macdonald, Tilley, Waggett u. A.) Zweite Auflage eben im Erscheinen.

Einige von diesen Büchern erlebten viele Auflagen (Gibb, Spencer und Watson je 2, Mc. Bride und James Ball je 3, schliesslich Lennox Browne sogar 4 Auflagen).

Zu den wichtigsten Monographien auf dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie gehören:

Victor Horsley's „On the thyroid gland, its function and relation to myxoedema and cretinismus". 1884. Proceed. of Royal Soc.

Butlin's „Diseases of the tongue". London. 1885. (Ins Deutsche übersetzt von Beregszazy. 1887) und „The operative surgery of malignant diseases". London. 1877.

Gordon Holmes, „History of the progress of Laryngology from the earliest times to the present". London. 1885. Ins Deutsche übersetzt von Körner 1887.

Morell Mackenzie's „The hygiene of the vocal organs". London. 1886.

Sir Felix Semon's „Diseases of the Larynx and Thyroid Gland in Heath's Dictionery of Practical Surgery. 1886. „Die Frage des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige". Intern. Centralbl. f. Laryngol. etc. 1889/90. „On the position of the vocal cords in quiet respiration of man and on the reflextonus of their abductor muscles". Proc. Royal Society. Vol. 48. 1890, sowie „Die Entwickelung der Lehre von den motorischen Kehlkopfslähmungen seit der Einführung des Laryngoskops". Virchow's Festschrift. 1891, „Die Nervenkrankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre" in Heymann's Handb. d. Laryngol. u. Rhinol. 1898, und „Some Thoughts on the Principles of Local Treatment in Diseases of the Upper Air Passages". London. 1902.

Richard Lake's „Laryngeal Phthisis or Consumption of the throat". London. 1901 und viele andere mehr.

Fasse ich alles, was oben über die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie in Grossbritanien gesagt wurde, zusammen, so ergiebt sich, dass ungeachtet der durchaus nicht zu günstigen Verhältnisse und der mangelnden Förderung seitens des Staates, unsere Disciplin in Grossbritanien in den letzten 50 Jahren grosse Fortschritte aufzuweisen hat.

Abgesehen von der epochemachenden Entdeckung des Laryngoskopes durch Garcia, wurde vor Allem die Lehre über die Innervation des Kehlkopfes in England auf die glänzendste Weise gefördert, es wurde die Existenz phonatorischer und respiratorischer Centra in der Hirnrinde und Medulla oblongata nachgewiesen

(Semon und Horsley 1890, Risien Russel 1895), sowie von Semon das nach ihm benannte Gesetz (1880/81) aufgestellt, dass „bei allen progressiven organischen Lähmungen der motorischen Kehlkopfsnerven stets zuerst die Erweiterer der Stimmritze erkranken, während umgekehrt bei den functionellen Affectionen dieser Nerven die Verengerer fast ausschliesslich allein getroffen werden."

Sodann begründete Semon im Jahre 1880 die Lehre von den Erkrankungen des Crico-Arytaenoidgelenks durch seine Arbeit „On Mechanical Impairments of the Functions of the Crico-Arytaenoid Articulation (especially True and False Anchylosis and Luxation)" in der Medical Times and Gazette.

Ferner wurde in den letzten Jahren ebenfalls in England die Frage der operativen Behandlung des Kehlkopfkrebses vor allem von Butlin sowie Semon eingehend erörtert und die Superiorität der Laryngofissur über die anderen operativen Methoden bewiesen. Schon früher hatte Semon die Frühdiagnose des inneren Kehlkopfkrebses gefördert.

Weiterhin wurde von Semon (1883—1884) nachgewiesen, dass Kocher's Cachexia strumi- s. thyreopriva und das Myxoedem der englischen Autoren sowie andere analoge Zustände, wie Cretinismus und Tetania, auf derselben pathologischen Ursache beruhen, nämlich dem Mangel der Schilddrüse, und Horsley zeigte, dass sie mit Schilddrüsenpräparaten (Thyreoidin) erfolgreich behandelt werden können.

Semon hat ebenfalls im Jahre 1895 die von ihm bereits im Jahre 1890 aufgestellte Lehre bewiesen, dass das acute Larynxödem resp. Laryngitis submucosa acuta, sowie das sogenannte Massei's Erysipel des Kehlkopfes, ferner Senator's acute infectiöse Phlegmone des Pharynx, schliesslich die Angina Ludovici, identische pathologische Processe sind, und für dieselben den allgemeinen Namen „acute septische Entzündungen des Pharynx und Larynx" vorgeschlagen.

Das sind die wichtigsten Lorbeeren auf dem Gebiete der Laryngologie und Rhinologie, welche sich Grossbritanien resp. England seit der Einführung des Laryngoskops erworben hat. (Fortsetzung folgt.)

III. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1. **Gradenigo. Ueber die Nothwendigkeit des obligatorischen Unterrichts der Otologie und Laryngologie an den Universitäten. (Sulla necessità dell'insegnamento obbligatorio della Otologia e della Laringologia nelle Università.)** *Archivio Italiano di Otologia etc. II. 1908.*

Verf. plaidirt dafür, den bisher facultativen Unterricht in Otologie und Laryngologie an den italienischen Universitäten zu einem obligatorischen zu gestalten, damit die Studenten gezwungen sind, wenigstens die hauptsächlichen practischen Kenntnisse in diesen Specialitäten sich anzueignen. Ein obligatorischer Unterricht besteht bisher nur an der Scuola Superiore di Sanità militare.

FINDER.



2) **W. Lamann** (St. Petersburg). **Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystems.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1907.*

Dieses fünfte Capitel „Das Binnenmuskelsystem der sogenannten ‚Wege'" soll den Nachweis erbringen, „dass noch andere entferntere Gebiete in Lamann's ‚Schutzsystem' hineingehören, und zwar die Gallen-, Harn-, Geschlechts- und andere ‚Wege'". Die Begründung, die sich zu kurzem Referat nicht eignet, muss im Original nachgelesen werden.

HECHT.

3) **T. v. Verebély. Die Aetiologie der Krebskrankheit. (A rákbelegség Kóroktana.)** (Vorgetragen auf dem ungarischen Congress für Krebsforschung, 15. November 1906.) *Orvosi Hetilap. No. 48. 1906.*

Referat über den heutigen Stand der Krebsforschung. Ref. stellt fest, dass die Thatsachen einstweilen keinen Aufschluss darüber geben, wie sich die erste Krebszelle entwickelt, sie gewähren aber unverhoffte Einblicke in die weitere Entwicklung der Krebszellen, ihre Lebensbedingungen, und wie das Wachsthum beeinflusst, beschränkt werden kann.

v. NAVRATIL-POLYAK.

4) **Oskar Orth. Sarkom und Trauma.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 44. 1907.*

Unter Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Trauma und Tumorentwicklung berichtet Autor über 2 Fälle, von denen der eine ein 14jähriges Mädchen betrifft, dessen Grossvater an einem Carcinom des Oberkiefers gestorben sein soll. 4—5 Monate nach Extraction eines Unterkiefer - Prämolaris — die Krone brach ab, die Wurzeln wurden einzeln und erst nach mehrfachen Versuchen extrahirt, anschliessend entwickelte sich eine abscedirende Periostitis — trat am Unterkiefer eine Geschwulst auf, die excidirt wurde; nach $^1/_2$ Jahr entwickelte sich im Bereiche der Narbe ein grosser Tumor, der durch Resection der Pars alveolaris des Unterkiefers entfernt wurde und sich als central sitzendes Osteosarkom (mikroskopisch: Riesenzellensarkom) erwies.

HECHT.

5) **S. S. Preobraschensky** (Moskau). **Ueber die Rolle der Nase, des Rachens und der Kehle bei Hämoptoe. Pharyngitis haemorrhagica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 79.*

Auf Grund seiner Erfahrungen an 16 Fällen, die er kurz mittheilt, stellt Verf. folgende Sätze auf:

1. Hämoptoe aus den oberen Luftwegen kommt weit häufiger zur Beobachtung, als allgemein angenommen wird.

2. Am häufigsten kommt es zu Blutungen aus entzündeten Bezirken, oder blos aus erweiterten Blutgefässen.

3. Bei richtiger Diagnose sind sie gewöhnlich leicht heilbar.

4. Die Blutmenge spricht weder für das eine, noch das andere Organ; ist die Blutung profus, so schliesst das ihren pharyngealen Ursprung noch nicht aus.

5. Die Benennung hämorrhagische Pharyngitis sollte ebenso anerkannt werden, wie die Bezeichnung hämorrhagische Laryngitis und Tracheitis wegen der hervorragenden Bedeutung, die der Hämoptoe als Symptom zukommt.

F. KLEMPERER.

6) **F. Parkes Weber. Multiple hereditäre Teleangiectasien der Haut und Schleimhäute, verbunden mit recidivirenden Blutungen. (Multiple hereditary telangiectases of the skin and mucous membranes associated with recurring haemorrhages.)** *Lancet. 20. Juli 1907.*

Eine 66jährige Jüdin weist hellrothe Angiome auf, die über Gesicht, Ohren, Lippen, Zunge, Mundschleimhaut und die conjunctivale Fläche der Augenlider verstreut waren. Es handelt sich um kleine Teleangiectasien. Es befanden sich solche auch auf der Schleimhaut in beiden Nasenhöhlen und auf der Vorderfläche der Epiglottis. Desgleichen waren ein paar nadelspitzgrosse Angiome unter den Fingernägeln. Pat. ist anämisch (rothe Blutkörperchen 2 833 000, weisse 11 350 in 1 ccm Blut). Geringes systolisches Geräusch. Centraler Fleck von Chorio-Retinitis im rechten Auge. Die Menopause war im 38. Jahre eingetreten. Das erste Angiom wurde constatirt auf der rechten Wange, als Pat. 42 Jahre alt war. Wenige Jahre vorher trat Nasenbluten auf. Während der letzten 6 Jahre hatte sie alle 2—3 Wochen Nasenbluten, was sich in den letzten 2 Jahren noch verschlechterte. Die Mutter der Pat. leidet an Epistaxis und hat 2 Flecken im Gesicht. Von den 9 Kindern haben 3 Söhne und eine Tochter Epistaxis und bei zwei von den Söhnen bestehen multiple Angiome der Haut und Schleimhaut. Pat. wurde mit Calciumlactat behandelt, jedoch ohne jeden Effect.

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Das geschilderte Krankheitsbild kommt bei beiden Geschlechtern vor. 2. Hämorrhagien treten in den meisten Fällen nur auf der Nasenschleimhaut auf. 3. In den meisten Fällen ist das Krankheitsbild ohne jede Verbindung mit Hämophilie oder Verminderung der Blutgerinnbarkeit. 4. Die Hautangiome sind im Allgemeinen nicht congenital; man wird auf sie gewöhnlich im mittleren Lebensalter aufmerksam. Manche von den kleinen rothen Punkten der Capillarangiome haben die Neigung, sich zu blaurothen Knötchen zu entwickeln, die dem cavernösem Venenangiom ähneln. 5. In den meisten Fällen besteht eine Neigung zu Nasenbluten vom frühen Lebensalter an oder in jedem Fall viele Jahre, bevor irgend ein Hautangiom aufgetreten ist. 6. Mit zunehmenden Jahren nehmen die Blutungen und die Anämie zu. 7. Wahrscheinlich bildet sich eine Art von „circulus vitiosus", indem die wiederholten Anfälle von Blutung zu einer schweren Anämie führen, die ihrerseits die Neigung zur Hämorrhagie vermehrt. Auf Grund dieser Erwägung ist gelegentlich die Anwendung von Eisen und Arsen als ein Theil der Therapie gerechtfertigt. 8. Die hereditäre Veranlagung zur Bildung blutender Teleangiectasien kann mit der gelegentlichen familiären Tendenz zu Hämorrhoiden oder zu Varicen an den unteren Extremitäten verglichen werden.

ADOLPH BRONNE.

7) **William Osler** (Oxford). **Ueber multiple hereditäre Teleangiectasien mit recidivirenden Blutungen.** *Quarterly Journal of Medicine. Vol. I. No. I. October 1907. Oxford.*

In der Einleitung definirt der Verf. die verschiedenen Formen von Teleangiectasien, von denen er einige aufzählt; für die multiplen hereditären Teleangiectasien mit wiederholten Blutungen führt er zwei Fälle eigner Beobachtung an.

Im ersten, den er früher in John Hopkin's Hospital Journal Vol. XII berichtete, führt er die Krankengeschichte von zwei Mitgliedern einer Familie an, die zahlreiche Teleangiectasien auf Haut und Schleimhäuten zeigten und die seit der Kindheit Blutungen aus der Nase und aus einigen der Flecke hatten. Sieben Familienmitglieder litten daran. Nach dem Tode eines derselben fand man Teleangiectasien in der Schleimhaut des Magens sowohl wie der Nase.

In vorliegender Arbeit theilt Verf. die Geschichte einer anderen Familie mit. Der Hauptpatient war der Vater, der seit der Kindheit an Blutungen aus verschiedenen Teleangiectasien der Haut, sehr häufig der Mundhöhle und am meisten der Nase litt. Pat. gehörte zu einer Bluterfamilie; sein Vater, Grossvater und eine Schwester hatten die Flecke gehabt und an Blutungen gelitten, und sein Sohn, ein junger Mann von 20 Jahren, hatte gelegentlich an Nasenbluten gelitten, jedoch keine Flecken gehabt. Dieser Patient wurde durch innerliche Darreichung von Calciumlactat gebessert, während die prominentesten Flecke im Gesicht gleichzeitig mit der elektrischen Nadel behandelt wurden.

Verf giebt dann Berichte über mindestens 8 Familien, die dieser eigenthümlichen Affection unterworfen waren und deren Fälle beschrieben worden sind und zeichnet dann das klinische Bild der Erkrankung. Die ausgezeichnete Arbeit ist mit zwei Illustrationen versehen.

FELIX SEMON.

8) **K. M. Menzel** (Wien). **Beitrag zur Kenntniss der leukämischen Veränderungen in der Schleimhaut der oberen Luft- und Digestionswege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 39.*

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von chronischer lymphatischer Leukämie, welche aus einer Pseudoleukämie hervorging und nach etwa 3jähriger Beobachtung mit einem Anfalle, der dem Bilde einer acuten Leukämie entsprach, zum Tode führte. Während der ganzen Beobachtungsdauer bestand eine diffuse colossale Infiltration des weichen Gaumens, beider Tonsillen und Gaumenbögen, Uvula und des Zungengrundes. In diesen infiltrirten Gebilden kam es zeitweise zu Entzündungsattaken, welche die Schwellung noch mehr steigerten, einige Tage dauerten und zu lebensbedrohenden dyspnoischen Anfällen Anlass gaben. In einem derartigen Anfall entstand auf der Uvula ein Geschwür, das nach kurzer Zeit spontan heilte. Ferner entwickelte sich kurz vor dem Tode auf der einen Tonsille ein grösseres gangränöses Geschwür. Das letztere fasst Verf. als specifisch leukämisches Geschwür auf, das erste geheilte aber führte er auf eine accidentelle Verletzung durch Fremdkörper, Speichel oder anderes zurück.

F. KLEMPERER.

9) **Vignard. Scharlach mit multiplen Complicationen nasopharyngealen Ursprungs. (Scarlatine avec complications multiples d'origine rhino-pharyngée.)** *Société de chirurgie Lyon. 27. Juni 1907 im Lyon médical. No. 38. 1907.*

Die Infection des Nasenrachens erfolgte wahrscheinlich durch die adenoiden Vegetationen — dann trat Stirnhöhlenempyem und linksseitige Mastoiditis mit Phlebitis des Sinus lateralis auf. Man trepanirte den Sinus, öffnete den Warzenfortsatz, unterband die Jugularis interna und drainirte den Sinus lateralis. Kurze

Zeit darauf zeigte sich übrigens eine eitrige Arthritis der linken Schulter, welche die Arthrotomie nothwendig machte. Pat. genas. GONTIER de la ROCHE.

10) **Van den Wildenberg. Directe Methoden zur Untersuchung der oberen Luft- und Digestionswege. Demonstration an Kranken. (Methodes directes d'examen des voies respiratoires et digestives supérieures. Demonstration sur malades.)** *Anvers Médical. No. 1. 1907.*

In der Antwerpener med. Gesellschaft bespricht der Autor der Reihe nach die directen Methoden zur Untersuchung der oberen Respirations- und Digestionswege mit der Oesophagoskopie beginnend, welche er zu gleicher Zeit an einem Kranken demonstrirt, den er zum zweiten Male ösophagoskopirt und bei welchem es sich um einen Krebs handelt; er zeigt dabei praktisch die Vorzüglichkeit der Methode für die Entfernung von Fremdkörpern, indem er mit einer langen Zange einen Wattetampon entfernt, welcher sich losgelöst hatte und jenseits des Oesophagoskopes sass. Darauf geht er zur Tracheoskopie über, indem er dieselbe ebenfalls an einem Kranken ausübt, den er nur einmal zuvor tracheoskopirt hatte. Er führt einige Fälle an, bei welchen er die Methode mit Erfolg angewandt hatte und bei welchen es sich um die Enucleation stenosirender Kröpfe handelte.

Bei der Bronchoskopie bespricht er zuerst die obere und die untere Bronchoskopie und schliesst daran an die Mittheilung von einem Fremdkörper, welcher bei einem 7jähr. Kinde 2 Jahre lang in den Bronchien verweilt und zwar in der rechten Lunge zwischen der 4. und 5. Rippe. Die Anwesenheit des Fremdkörpers, einer metallenen Bleistiftkuppe, wurde erst nach einem Jahre durch die Radioskopie festgestellt. 9 Monate darauf wollte der Autor die Bronchoskopie vornehmen und administrirte zuvor dem kleinen Kranken ein Abführmittel, welches aber einen Brechdurchfall veranlasste mit einem heftigen Hustenanfall; in demselben Augenblick verspürte das Kind einen heftigen Schmerz in der Höhe des Kehlkopfs und stiess, von der Umgebung zum Lachen gebracht, unter einem Strom äusserst fötiden mit Blut vermengten Eiters den Fremdkörper aus — darauf Reconvalescenz. BAYER.

11) **Halász. Werth des Saugverfahrens in der Oto-Rhinologie.** *Orvosi Hetilap. No. 41. 1907.*

Lobt dasselbe als diagnostisches und therapeutisches Verfahren bei Nebenhöhlenempyem, sowie bei Ozaena und Rhinitis atrophicans. v. NAVRATIL.

12) **Irsay. Ueber den Heilwerth des Thiosinamins im Anschlusse an Krankenfälle.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 46. 1907.*

J. gebrauchte anfangs 10—15proc. Lösungen von Thiosinamin, später Fibrolysin subcutan in 11 Fällen von Oesophagusstrictur nach Verätzungen mit Laugenstein. In einem Falle ohne Sondirung, in den übrigen mit Sondirung combinirt. Nach J. dilatirt das Thiosinamin die Strictur nicht, erweicht sie aber und macht sie der Sondirung mehr zugänglich. v. NAVRATIL.

13) **W. Uffenorde** (Göttingen). **Mittheilung über Erfahrungen mit Merk'scher Stypticinwatte in der Praxis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd 18. S. 306.*

Verf. empfiehlt warm die Stypticinwattetamponade, die er in ca. 30 Fällen mit Erfolg angewendet hat. Sie erspart die feste Tamponade, welche für den Patienten grosse Unannehmlichkeiten hat. Die Stypticinwatte braucht nur in dünner Schicht auf die blutende Partie aufgelegt zu werden; eventuell wird diese Schicht noch durch einen kleineren Tampon von gewöhnlicher Watte fixirt. Gewisse Nachtheile der Stypticinwatte, ihr unangenehmer Geschmack und ihre Incohärenz, in Folge deren bei der Entfernung des Tampons der hintere Theil leicht abreisst, dürften von der Firma Merk auf Anregung des Verf.'s noch behoben werden.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Beitrag zur Beleuchtung der Beziehungen zwischen Nasen- und Augenkrankheiten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 478.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die Literatur und berichtet über zwei Fälle von retrobulbärer Neuritis optica, deren Ursprung in einer latenten Eiterung des Sinus sphenoidalis und ethmoidalis posterior gelegen war.

F. KLEMPERER.

15) **William C. Posey. Die Nebenhöhlen der Nase vom ophthalmologischen Standpunkt. (The accessory sinuses of the nose from an ophthalmological standpoint.)** *N. Y. Medical Journal. 2. März 1907.*

Verf. bespricht die retrobulbäre Entzündung in Folge Ethmoiditis und Sphenoiditis, sowie Parese und Paralyse der Augenmuskeln aus derselben Ursache, Orbitalabscesse mit Verdrängung des Bulbus, Oedem der Lider, ein Symptom, dem Verf. grosse Bedeutung zulegt. In Fällen, wo der Nasenrachen mehr als die Sinus afficirt ist, war die Conjunctiva torpid und mit Follikeln besetzt; in einem Fall schien ein Geschwür der Cornea von einer Ethmoiditis abzuhängen, Refractionsanomalien waren bedingt entweder durch den von einem dilatirten Sinus ausgeübten Druck oder vielleicht indirect als Folge von Congestion und Spasmen des Ciliarmuskels.

LEFFERTS.

16) **William C. Posey. Die Stellung des Ophthalmologen bei der Behandlung von Krankheiten der Nasennebenhöhlen. (The position of the ophthalmologist in the treatment of diseases of the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 2. November 1907.*

P. wurde von einer 61 jährigen Frau wegen einer Vorwölbung des Auges nach vorn und unten, die durch Druck nicht verändert wurde und nicht pulsirte, consultirt. Ober- und Unterlid waren ödematös, die ganze linke Schläfen- und Stirngegend geröthet, die Haut darüber gespannt und die Venen prominent und dilatirt. Unter der Orbitalspalte palpirte man eine feste glatte Masse, die Retinalgefässe waren gefüllt, besonders die Venen und es bestand Venenpulsation. Die Papille war

blass, es bestand erhebliche Gesichtsfeldbeschränkung im oberen Quadranten. Die Nasenuntersuchung eines Rhinologen fiel negativ aus; es bestand nur ein feiner Schatten über der linken Kieferhöhle. Später fand man jedoch ein nekrotisches Knochenstück in der Vorderwand der linken Keilbeinhöhle, die zum Theil entfernt wurde. Nach einem Monat Operation: Incision über der linken Augenbraue, durch die die Gewebe unter dem Supraorbitalraum freigelegt wurden. Es zeigte sich sofort eine Mucocele mit gelatinösem Inhalt, der Supraorbitalrand war sehr beschädigt, und der Finger gelangte in eine enorm erweiterte Stirnhöhle; diese wurde ausgeräumt, ein Drain eingelegt und die Wunde geschlossen. Pat. starb unter anämischen Symptomen.

Die geeignetste Person zur Operation solcher Fälle ist nach Ansicht des Verfassers: Jemand, der gleichzeitig Rhinologe und Ophthalmologe ist. Andernfalls müssen beide Specialisten Hand in Hand arbeiten. Jedenfalls müsste in Fällen von Orbitalcomplicationen der Ophthalmologe die Thätigkeit des Rhinologen controlliren.

LEFFERTS.

17) **Compaired** (Madrid). **Ueber die Augenaffectionen nasalen Ursprungs. (Acerca de las afecciones oculares de origen nasal.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 1907.*

Die Nasenaffectionen führen zu reflectorischen und per continuitatem fortgeleiteten Augenerkrankungen. Immer erfolgt die Fortleitung von der Nasenschleimhaut zur Conjunctiva, niemals umgekehrt wegen der bactericiden Eigenschaft des Nasensecrets. Verf. führt mehrere Fälle zur Stütze für seine Behauptung an.

TAPIA.

18) **F. Kaiser. Ueber einen Fall von Orbitalphlegmone mit Abscessbildung in der Nasen-, Wangen- und Schläfengegend und mit Betheiligung der Nasenhöhle und des Rachens.** *Dissertation. Heidelberg 1905.*

Der Titel giebt den Inhalt an. Bezüglich der Aetiologie nimmt Verf. an, dass es sich um eine primäre idiopathische Orbitalphlegmone handelt; doch ist bei Durchlesen der Krankengeschichte die Annahme näher liegend, dass die Orbitalphlegmone von einer Nebenhöhleneiterung ausging.

OPPIKOFER.

19) **N. Müller. Ueber die Orbitalphlegmone.** *Dissertation. Würzburg 1905.*

Besprechung der Aetiologie der Orbitalphlegmonen; Literatur unvollständig und einseitig berücksichtigt. Hinzufügen von 7 Fällen, die auf der Augenklinik zu Würzburg beobachtet wurden: 3 dieser Orbitalphlegmonen schlossen sich an ein äusseres Trauma an, der 4. Fall an eine Sondirung und dabei geschaffene Verletzung des Thränennasenganges; bei den 3 übrigen Fällen war die Aetiologie unklar.

OPPIKOFER.

20) **Heyninx. Sechs Fälle von Orbitalcomplicationen von Nasen- und Nasennebenhöhlenerkrankungen. (Six cas de complications orbitaires de maladies du nez et des sinus.)** *La Presse Méd. Belge. No. 20. 1907.*

In der medico-chirurg. Gesellschaft von Brabant macht H. die Mittheilung von sechs Fällen von Orbitalcomplicationen von Nasen- und Nasennebenhöhlenerkrankungen mit Krankenvorstellung.

1. Fall: Totalausräumung der rechtsseitigen Nebenhöhlen (Sin. front. ethmoid. u. sphenoid.) wegen bilateraler Ozaena mit Orbitalcomplicationen (Exophthalmus mit Drucksteigerung des Augapfels, intensiver Chemosis und bedeutendem passivem Oedem der oberen und unteren Augenlider, kurz allen Zeichen von Intraorbitalcompression mit Exsudatbildung, herrührend von einer Ostitis ethmoid. mit drohender Phlebitis der Ven. ophthalm. und einer Temperatur von 39,4°). Resultat sehr zufriedenstellend.

2. Fall: 10jähr. Knabe, nach einem heftigen Schlag auf den Schädel Epistaxis und darauf Symptome von Intraorbitalcompression, ähnlich wie im ersten Fall, ohne Fieber und ohne septische Erscheinungen. Heilung ohne Intervention. H. diagnosticirt: Siebbeinfractur mit Repercussion auf den Sehapparat.

3. Fall: 30jähr. Frau mit alter Sinusitis ethmoid. und sphenoid. rechts, auch Polypenbildung; Atrophie der Sehnerven, hinterem Staphylom mit atrophischer Stelle der Chorioidea in der Gegend der Macula. H. meint, die Operation, welche zur rechten Zeit vorgenommen, das Auge hätte retten können, wäre noch indicirt, um eine sympathische Erkrankung des anderen Auges zu verhüten und die Kranke von ihren Schmerzen zu befreien.

4. Fall, welchen H. früher schon vorgestellt hatte, und bei welchem nach der Radicaloperation der Sinus das Sehvermögen wieder vollständig normal wurde, wie auf der anderen Seite.

5. u. 6. Fall: Flimmerskotom in Folge von Hypertrophie der mittleren Muschel. Die Abtragung derselben genügte, um die Affection, welche die Augenärzte als „Teichoskopie“ oder „Augenmigräne“ bezeichnen, zum Verschwinden zu bringen. Bei der Discussion werden die Behauptungen von H. von den Augenärzten kritisirt und zum grössten Theil refüsirt.

BAYER.

21) **Ernst Huber** (Erlangen). **Intraorbitale und endocranielle Complicationen in einem Falle von doppelseitiger Nasennebenhöhleneiterung bei Ozaena.** *Mit 6 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 10. 1907.*

Bei der 37jährigen Patientin handelte es sich um eine wahrscheinlich luetische Erkrankung der Nase mit kariösen Defecten der Knochenwandungen. Defecte bestanden in der Lamina papyracea des rechten Siebbeines, ferner war fast die ganze Lamina cribrosa zerstört, ausserdem bestand ein von der rechten Keilbeinhöhle ausgehender grosser Defect im Türkensattel. Ein bestehender Frontallappenabscess mit consecutiver eitriger Leptomeningitis führte trotz mehrfacher operativer Eingriffe ad exitum. Die in extenso berichtete Krankengeschichte eignet sich nicht zu kurzem Referat, bezüglich ihrer Details nebst ihren interessanten Abbildungen müssen wir auf das Original verweisen.

HECHT.

22) **Meyer** (Berlin). **Zur nasalen Behandlung der Epiphora.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1906.*

Thränenträufeln kann 1. reflectorisch durch Reiz in der Nase, 2. durch mechanische Behinderung des Abflusses durch Verlegung des Thränennasencanals hervorgerufen werden. Das letztere kann in der Nase durch Hypertrophien der unteren Muschel, durch Borkenbildung, Septumdeviation, Polypen, hervorgerufen

werden. Es kann aber auch eine besondere Form der unteren Muschel, die nur einen schmalen unteren Nasengang freilässt, zur Epiphora disponiren. Verfasser empfiehlt in solchem Falle die Abspreizung der unteren Muschel mittelst stumpfer Nasenzange, welche die Muschel genügend weit nach hinten fassend, dieselbe nach dem Septum zu umknickt. In 6 Fällen schwand das Thränenträufeln prompt nach dem Eingriff.

ALBANUS (ZARNIKO).

23) **Franc. E. Brawley. Die Beziehung der Nebenhöhlenerkrankungen zu Augenkrankheiten. (The relation of diseases of the nasal accessory sinuses to diseases of the eyes.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1907.*

Verf. bespricht die Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel mittelst der Schlinge in Fällen von Iridocyclitis.

LEFFERTS.

24) **Hanan W. Loeb. Eine Studie über die Anatomie der Nasennebenhöhlen. (A study of the anatomy of the accessory sinuses of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Genaue Untersuchungen über den Durchmesser der Nebenhöhlen, gezeigt durch Reconstructionen von vorn, oben und der Seite. Die Fehlerquellen sind auf das grösstmögliche Minimum reducirt.

EMIL MAYER.

25) **A. Logan Turner. Mucocele der Nasennebenhöhlen. (Mucocele of the accessory nasal sinuses.)** *Edinburgh Medical Journal. November-December 1907.*

Verfasser giebt die klinische Geschichte von 10 Fällen von Dilatation der Stirnhöhle und Ethmoidalzellen, die er beobachtet hat. Die Stirnhöhle war in 7 Fällen betroffen, der rechte Sinus in 6, der linke in 1; die Siebbeinzellen in 3, die rechten in 2, die linken in 1. Sieben Fälle betrafen Weiber, drei Männer. Das Alter schwankte zwischen 18 und 52 Jahren. Der Augapfel war in sieben von den zehn Fällen dislocirt. In sechs Fällen fand sich in der Nebenhöhle nichts Abnormes. Verf. ist geneigt, die Entstehung so zu erklären, das die Sinuswände chronisch entzündet sind, das Ostium partiell oder völlig verlegt wird und sich der Schleim aus den Drüsen der auskleidenden Schleimhaut ansammelt. In Fällen von Stirnhöhlenmucocele soll die Höhle von aussen eröffnet und eine breite Oeffnung nach der Nase zu erhalten werden. In manchen Fällen von Ethmoidalmucocele kann durch intranasale Operation Heilung herbeigeführt werden.

AUTOREFERAT.

26) **J. W. Gleitsmann. Tuberculose der Nasennebenhöhlen. (Tuberculosis of the accessory sinuses of the nose.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Mai 1907.

EMIL MAYER.

27) **Coulomb. Arterielle und venöse Circulation des Oberkiefers. (Circulation artérielle et veineuse du massif maxillaire supérieur.)** *Thèse de Bordeaux. 1907.*

Die Arterien für das Oberkiefermassiv kommen aus der Maxillaris interna durch deren Aeste, die A. alveolaris, suborbitalis, palatina superior und spheno-

palatina; accessorisch nehmen daran theil: die A. facialis, die temporalis superficialis und die ophthalmica. Die venösen Abflüsse sind: der Plexus alveolaris und der Plexus pterygoideus, die ihr Blut in die Jugularis interna (durch die Facialis) oder in die Jugularis externa (durch die Maxillaris interna) führen. Es sind zahlreiche Gefässe, jedoch sind sie sehr klein und genügen kaum zur Ernährung: die Abflusswege sind unzulänglich, immer nur eine Vene für jede Arterie.

BRINDEL.

28) **O. Schürch** (Bern). **Ueber die Beziehungen der Grössenvariationen der Highmorshöhlen zum individuellen Schädelbau und deren practische Bedeutung für die Therapie der Kieferhöhleneiterungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 229.*

S.'s Messungen beziehen sich auf 118 Schädel. Er constatirt, dass bei kleinen Highmorshöhlen der zugehörige Gaumen höher und vor allem schmäler ist, als bei grossen Highmorshöhlen. Dagegen lässt weder die Configuration des ganzen Schädels noch auch diejenige des Gesichtsschädels einen annähernd sicheren Schluss ziehen auf den volumetrischen Inhalt der Oberkieferhöhlen; und Aehnliches trifft zu für die absoluten Grössenverhältnisse des Oberkiefers verglichen mit denjenigen der Highmorshöhlen. — In practischer Hinsicht zieht S. aus seinen Untersuchungen die Schlussfolgerung, dass bei schmalem hohen Gaumen sowohl die Anbohrung der Kieferhöhle vom Alveolarfortsatz aus, wie die Anbohrung bezw. die Punction vom unteren Nasengange aus auf ungleich grössere Schwierigkeiten stossen muss, als bei plattem Gaumen.

F. KLEMPERER.

29) **Capart jr. Seltene Kieferhöhlenanomalie. (Anomalie rare du sinus maxillaire.)** *Journal méd. de Bruxelles. No. 48. 1907.*

Ungewöhnlich breite Nasenhöhlen, ohne Atrophie mit wohlgeformten Muscheln; die äusseren Nasenwände sind sehr stark nach aussen hin entwickelt; typischer Fall der von Zuckerkandl angeführten Anomalie. Wenn man an dem Präparat die Eröffnung des Antrums von der Fossa canina aus versucht, so kommt man in die Nasenhöhle. Beim ersten Anblick könnte man glauben, es existire kein Sinus maxill.; dem ist aber nicht so, es ist sogar ein voluminöser vorhanden, der aber nach hinten oben, fern von den Zähnen verdrängt ist. Der Weisheitszahn nähert sich demselben am meisten, und auch dieser ist noch 17 mm — von seinem Hals an gemessen — entfernt.

Bei der Behandlung einer Sinusitis wäre der Alveolarweg unmöglich und die Radicaloperation müsste unter ganz ungewöhnlichen Bedingungen in der nächsten Nachbarschaft des Auges vorgenommen werden.

BAYER.

30) **Gyergyai. Zahncyste in die Highmorshöhle eindringend.** *Orvosi Hetilap. No. 41. 1907.*

Die Cyste war apfelgross.

v. NAVRATIL.

31) **Brunel. Ein Fall von Zahncyste des Oberkiefers. (Un cas de kyste dentifère du maxillaire supérieur.)** *Annales d. maladies de l'oreille. März 1907.*

Bericht über den Fall eines $11\frac{1}{2}$jährigen Mädchens.

BRINDEL.

32) **Schoetz** (Heidelberg). **Carcinom der Oberkieferhöhle auf permaxillarem Wege entfernt.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 9. 1907.*

Der Tumor wurde von Prof. Kümmel nach der Denker'schen Methode vollständig und erfolgreich entfernt. Patientin war nach 8 Monaten noch recidivfrei. Bericht der Krankengeschichte in extenso nebst anschliessenden epikritischen und technischen Erörterungen.

HECHT.

33) **De Graeuwe. Sarkomrecidiv des Oberkiefers. (Sarcome récidivé au maxillaire supérieur.)** *Journal de Chir. et Annal. de la Soc. Belge de Chir. No. 3. 1907.*

Vorstellung eines von Dr. Verhoogen vor einem Jahre mit partieller Resection des linken Oberkiefers wegen einer Geschwulst operirten Patienten, der vor einigen Wochen mit einem enormen Recidiv, das beide Oberkiefer sammt dem Gaumensegel einnahm, zurückkam.

Operation: Resection des ganzen Oberkiefers, eines Theiles des Siebbeins und des Keilbeins in der Rose'schen Kopflage ohne Tracheotomie und ohne Schwierigkeiten nach vorausgeschickter Ligatur der Carotis.

Zur Zeit hat das Gesicht ungefähr wieder sein ursprüngliches Aussehen angenommen; wenn der Kranke den Mund öffnet, erblickt man eine geräumige Höhle, welche sich bis zur Schädelbasis ausdehnt.

BAYER.

34) ***Thiery. Inoperables Sarkom des Oberkiefers, das unter Einwirkung der Röntgenstrahlen sich scheinbar schneller entwickelt hat. (Sarcome inopérable du maxillaire supérieur semblant avoir évolué plus rapidement encore sous l'action des rayons de Roentgen.)** *Société de Chirurgie. 4. December 1907.*

Die Röntgenbehandlung erscheint dem Verf. nicht nur wirkungslos, sondern in solchen Fällen häufig gefährlich.

GONTIER de la ROCHE.

35) **M. H. Cryer. Einige Variationen der Stirnhöhlen. (Some variations in the frontal sinuses.)** *Journal of the American Medical Association. 26. Januar 1907.*

Zwanzig Abbildungen demonstriren die verschiedensten Variationen. Es wird die Wichtigkeit radiographischer Aufnahmen für das Vorgehen des Chirurgen betont.

EMIL MAYER.

36) **H. J. H. Hoeve. Physiognomie und ihre Beziehungen zur Grösse und Ausdehnung der Stirnhöhle. (Physiognomy and its relation to the size and extent of the sinus frontalis.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. unterscheidet den „motor type", „vital type" und „mental type" der Physiognomie, beschreibt die Qualität der Stirnknochen und die Grösse der Stirnhöhle in jedem. Er behauptet, dass beim „motor temperament" die Stirnhöhle klein oder fehlend, beim „vital temperament" sehr ausgedehnt und beim "mental temperament" von durchschnittlicher Grösse sei.

EMIL MAYER.

37) **Frolow. Zur Diagnostik der Geschwülste der Stirngegend. (K diagnostike opucholeir lobnai oblasti.)** *Prakt. Wratsch. p. 469. 1906.*

F. führt die verschiedenen Geschwulstarten in der Stirngegend auf und theilt

dann einen Fall mit, wo nach einer operativ behandelten Periostitis sich eine Luftgeschwulst von Faustgrösse herausbildete. Die Luft entwich durch die Nase beim Druck und sammelte sich beim Niessen, Schnupfen u. s. w. wieder an.

P. HELLAT.

38) **Sprenger** (Stettin). **Ein Fall von Schleimhautcyste der Stirnhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 136.*

Eingehende Krankengeschichte. Als charakteristische Symptome einer Stirnhöhlencyste sieht Sp. Schmerzen in der Nasenwurzel an, die bis zur Nasenspitze ausstrahlen und des Nachts aufhören, ferner umschriebene Oedeme (Stirn, Nase) auf der erkrankten Seite.

F. KLEMPERER.

39) **Eljasson. Seltener Fall von Anomalie der Siebbeinhöhle. (Redki slutschai anomali reschetschatoi pasuchi.)** *Mittheil. der Baz. Klinik. Bd. 1. S. 375.*

Die Siebbeinhöhle befand sich hinter der Stirnhöhle.

P. HELLAT.

40) **Th. E. ter Kuile** (Enschede, Holland). **Pyocele des Stirn-Siebbeinlabyrinthes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 381.*

Mittheilung zweier Fälle; die Geschwulst im Augenhöhlenwinkel wie die (nur im ersten Falle bestehende) endonasale hatte feste Knochenwände. In beiden Fällen wurde durch relativ geringe Eingriffe leicht Heilung erzielt.

F. KLEMPERER.

41) **Moreau** und **Rollet. Ein Fall von lacrymo-ethmoidaler Mucocele. (Sur un cas de mucocèle lacrymo-ethmoidale.)** *Lyon médical. 28. April 1907.*

Die Geschwulst glich einer geschlossenen Dacryocystitis. In der Absicht, den Thränensack zu exstirpiren, schritt Verf. zur Operation. Er kam in eine mit schleimiger Flüssigkeit gefüllte Tasche, die das Siebbeinlabyrinth einnahm. Heilung ohne Naht und Drainage.

BRINDEL.

42) **A. Onodi** (Budapest). **Die Mucocele des Siebbeinlabyrinthes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 415.*

Eingehende Besprechung eines Falles, in welchem nach O.'s Untersuchungen die Mucocele „im Gebiete des Siebbeins in einer präformirten, mit Flimmerepithel bekleideten und mit Schleimdrüsen versehenen Höhle in Folge eines entzündlichen Reizes entstanden war". Der Befund des entzündlichen Zustandes erklärt die Steigerung der Schleimsecretion, die Schleimanhäufung, die Verlegung der Höhlenmündung, ferner die durch Knochenapposition und Knochenresorption bedingte Dilatation der Höhlenwandung, was sich in der Form einer den Augapfel verschiebenden fluctuirenden Geschwulst sowohl im inneren Augenwinkel als auch in der Nase repräsentirte.

F. KLEMPERER.

43) **Van Duyse. Siebbeinmucocele, einen intraorbitären Tumor vortäuschend. (Mucocèle éthmoïdale simulant une tumeur intraorbitaire.)** *La Belgique Méd. No. 19. 1907.*

20jähriger Mann, dessen linkes Auge nach aussen vorn und unten verdrängt war; am inneren Augenwinkel ein deutlicher Vorsprung, der sich bei der Be-

tastung als knöcherne, von oben nach unten unter dem Lig. palpebr. int. und hinter dem Os unguis hinziehende Vorwölbung erwies. Bei der rhinoskopischen Untersuchung ist nichts im Bereiche der mittleren Muschel zu constatiren. Diagnose: Solider Tumor des Siebbeinkörpers gutartiger Natur.

Operation: Bogenförmige Incision unterhalb und nach innen vom Orbitalrand; bei Loslösung des Periosts mit der Scheere tritt hinter dem Os unguis eine Masse bernsteinfarbiger Flüssigkeit aus; es handelt sich demnach um eine geschlossene Sinusitis ethmoid., welche die innere Orbitalwand zum Schwund gebracht und das Periost abgehoben hatte. Herstellung einer Drainage nach der Nasenhöhle; rasche Heilung.

Da der Patient im Alter von 13 Jahren einen Typhus durchgemacht hat und im Verlaufe der Reconvalescenz ohne Orbitalphlegmone eine Fistel vom inneren oberen Orbitalwinkel mit purulenter Absonderung aufgetreten war, so kann man mit der grössten Wahrscheinlichkeit annehmen, dass eine purulente metastatische Sinusitis pyogener Verwandtschaft sich im linken Siebbeinlabyrinth gebildet hat mit Ausgang in eine geschlossene Mucocele. — Es ist schon wieder in der Gegend der inneren Wand des Sin. ethmoid. ein Recidiv im Anzuge.

BAYER.

44) **Angelo Casali. Ein seltener Fall von Mucocele der rechten Stirnhöhle. (Un caso raro di mucocele del seno frontale destro.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio etc. Februar 1907.*

41jähriger Mann; vor 8 Jahren Fall auf die rechte Stirn; seit 10 Monaten bemerkt Patient, dass die rechte Lidspalte enger wird als die linke. Ein einige Zeit später consultirter Arzt constatirt eine harte Anschwellung über dem rechten Supraorbitalrand, verordnet Einreibungen und Jodkali, wonach vorübergehende Besserung. Bei der Aufnahme in die Klinik fand C. bei dem Patienten eine nussgrosse rundliche Anschwellung $2^1/_2$ cm über dem rechten Supraorbitalrand, die nach aussen bis zur äusseren Augenlidercommissur, nach unten bis zur Hälfte des oberen Lids reichte; sie war fluctuirend, dem Knochen adhärent, der über dem Orbitalrand eine Depression zu haben schien. Man fühlte an dieser Stelle Knochenknistern. Es bestand Exophthalmus rechts. Probepunction ergab klare Flüssigkeit, die steril befunden wurde. Operation October 1904: Nach Abtragung der vorderen Cystenwand sieht man in der Höhle die Pulsation der Meningealarterien. Es entleeren sich aus der Höhle ca. 200 ccm Flüssigkeit. Die Höhle schloss sich durch Granulationen. Verf. giebt eine genaue Beschreibung des bei der mikroskopischen Untersuchung der abgetragenen Cystenwand erhobenen histologischen Befundes. Auf Grund dieses Befundes und sorgfältiger sonstiger Erwägungen kommt Verf. zu dem Resultat, dass es sich hier nicht um eine Cyste, sondern um eine enorm dilatirte Stirnhöhle, und zwar um die Dilatation einer accessorischen Ausbuchtung einer solchen handle.

FINDER.

45) **Morestin. Extraction einer in der Lamina perpendicularis des Siebbeins festsitzenden Kugel. (Extraction d'une balle fixée dans la lame perpendiculaire de l'éthmoide.)** *Société de Chirurgie. 14. Januar 1908.*

Es handelte sich um eine seit 10 Jahren ohne Beschwerden ertragene Revolverkugel; vor 2 Jahren traten Erscheinungen auf in Form von Schwindel, Kopf-

schmerzen, Fieber, die immer mehr zunahmen. Die Radiographie erlaubte den Sitz des Geschosses genau festzustellen. Es sass in der Lamina perpendicularis des Siebbeins. Die Extraction war nach Herunterklappen des knöchernen Nasengerüsts leicht.

GONTIER de la ROCHE.

46) **Stucky** und **Lexnigton. Trauma des Siebbeins. Hirnabscess; Tod bei der Operation. (Traumatisme de l'ethmoide; abcès du cerveau; mort pendant l'intervention; autopsie.)** *Arch. internat. de laryng. No. IV. 1907.*

Nach dem Unfall zeigte Patient Erscheinungen von Eiteransammlung im Gehirn. Man fand bei der Autopsie Nekrose der Lamina cribrosa, eine Fractur der Lamina interna der Stirnhöhle, Erweichung der Stirnwindungen, die mit grünlichem Eiter inficirt waren.

BRINDEL.

47) **Humblé. Siebbeinnekrose nach Influenza. (Necrose post-grippale de l'ethmoide.)** *Annales et Bulletin de la Soc. de Méd. d'Anvers. Mai 1907.*

Vorstellung eines Falles von typischer Nekrose des Siebbeinlabyrinths, hervorgerufen durch den Pfeiffer'schen Influenzabacillus bei einem 26jähr. Mann.

H. nahm die Ausräumung des Siebbeinlabyrinths auf endonasalem Wege mit Resection der unteren und mittleren Muschel vor. Nach einer langen und schweren Reconvalescenz kam der Kranke zur Heilung.

BAYER.

48) **E. A. Bogue. Die Beziehung krankhafter Zustände im Nasenrachen zum Zahngewölbe. (The relation of pathological conditions of the nasopharynx to the dental arch.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Das Zurückweichen der Zunge des Kindes vom Dach der Mundhöhle ist die Hauptursache für den engen Zahnbogen. Die Behandlung soll in Expansion des Zahnbogens und Entfernung der hypertrophirten Rachenmandel bestehen.

LEFFERTS.

49) **John A. Fordyce. Eine ungewöhnliche Form von Ulceration im Nasenrachen. (An unusual form of ulceration involving the naso-pharynx.)** *Proceedings of the New York Pathological Society. Januar 1907.*

Es handelt sich um einen Fall von Gangosa bei einem Eingeborenen in Panama. Patient war ein 40jähriger Neger.

EMIL MAYER.

50) **Theimer** (Wien). **Zur Verwendung der Nebennierenpräparate bei den Erkrankungen des Nasenrachenraumes.** *Med. Klinik. 7. 1907.*

Als eine empfehlenswerthe Form der Anwendung von Nebennierenpräparaten bezeichnet Th. das Renoformpulver, und zwar als diagnostisches und therapeutisches Hülfsmittel.

SEIFERT.

51) **John Edwin Rhodes. Sarkom des Nasenrachens. Behandlung mit Adrenalininjectionen. (Sarcoma of the nasopharynx. Treatment by injections of adrenalin.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Septbr. 1906.*

Cfr. Verhandlungen der XXVIII. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1906.

EMIL MAYER.

52) **Hofmann** (Graz). **Die Pharyngotomia suprahyoidea transversa als Voroperation zur Entfernung der Nasenrachentumoren nebst Mittheilung von zwei Fällen temporärer Resection beider Oberkiefer nach Kocher.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 83. 1907.*

Bei bestimmten Fällen von Nasenrachentumoren ist die Pharyngotomia suprahyoidea transversa als ein Operationsverfahren anzusehen, das radicale Entfernung unter Controlle des Auges ohne Gefahr grosser Blutungen gestattet. SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

53) **Oshima** (Japan). **Ueber die am häufigsten in der Mundhöhle des Kindes normal vorkommenden Bakterien und über die Veränderungen, welche durch dieselben hervorgerufen werden.** *Arch. f. Kinderheilkde. Bd. 45. 1907.*

Die Milchsäuregährung wurde am häufigsten in der Mundhöhle der Kinder nachgewiesen, welche im Alter von 3—6 Monaten standen und mit Kohlenhydrat und Kuhmilch genährt wurden, ebenso in der Mundhöhle von sterbenden Kindern. Welche Mundbakterien die Milchsäuregährung bedingen, kann nicht mit Sicherheit bestimmt werden.

Die Zahnung übt keinen grossen Einfluss auf die Bildung der Milchsäure aus.

Als Erreger der Entzündung des Zahnfleisches und der Geschwürsbildung des Zungenrandes, der Tonsillen und des Gaumens wurden Spirillen gefunden, Leptothrix, oder als Erreger der Entzündung der Zunge, der Tonsillen und Pharynxwand, Sarcine sehr selten als Erreger der Entzündung der Pharynxwand, Bacillus fusiformis als Erreger der Stomatitis ulcerosa, Jodococcus vaginatus oftmals bei Entzündung der Rachenwand und des Zahnfleisches. SEIFERT.

54) **Challer André. Congenitale Fissur der rechten Labialcommissur (Makrostomie) mit Missbildung des Oberkiefers auf derselben Seite. (Fissure congénitale de la commissure labiale droite [macrostomie] avec malformation du maxillaire du même côté.)** *Lyon médical. 18. August 1907.*

23 jähriges Mädchen, dessen Mund nach rechts hin um 2 cm verbreitert war. Sehr spitzer Gaumen; rechte obere Alveolarwand deformirt und hypertrophirt. Atrophie des Knochenmassivs rechts und Depression des rechten Kinnbackens von der Commissur bis zum Ohr.

Operation durch Prof. Poncet gab ausgezeichnetes Resultat BRINDEL.

55) **Gondy. Syphilitischer Schanker der Oberlippe. (Chancre syphilitique de la lèvre supérieure.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 14. 7. April 1907.*

Der Schanker sass in der Mitte der Oberlippe. Der Modus der Infection war nicht aufzuklären. BRINDEL.

56) **Maurycy Hertz** (Warschau). **Ueber Tuberculose des Zahnfleisches.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1907.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles nebst pathologisch-anatomischen und differentialdiagnostischen epikritischen Erörterungen. HECHT.



57) **John Anderson. Bemerkungen über zwei Fälle von Ludwig'scher Angina. (Notes of two cases of Ludwig's angina.)** *Glasgow Medical Journal. September 1907.*

In einem der Fälle wurde eine Autopsie erlangt und es war augenscheinlich, dass der Ursprung der Erkrankung eine acute Infection war. Es fanden sich Mikroorganismen, die dem Fränkel'schen Pneumococcus glichen.

A. LOGAN TURNER.

58) **F. Thomas. Ueber die Carcinome der Mundschleimhaut.** *Dissertation. Breslau 1906.*

Th. schildert eingehend 7 Fälle von primärem Mundbodencarcinom und 7 Fälle von primärem Wangenschleimhautkrebs, die Prof. Partsch beobachtet und — mit Ausnahme eines Falles, der bereits zu weit vorgeschritten war — operirt hat. Bei 7, also bei 50 pCt. der sämmtlichen Fälle, war neben dem Carcinom auch eine Leukoplakie nachweisbar. Bei 3 von diesen 7 Fällen konnte die Entstehung von Krebs auf dem Boden von Leukoplakie direct beobachtet werden. Da die Leukoplakia oris als eine ernste, das Leben bedrohende Erkrankung anzusehen ist, so sollten die weissen Plaques bei Fehlschlagen anderer Behandlung mit dem Thermokauter verbrannt werden.

Unter den obigen Carcinompatienten 5 Dauerheilungen.

OPPIKOFER.

59) **H. Z. Maidland. Eine radicale Methode zur Exstirpation maligner Drüsen am Halse, secundär nach Mundcarcinomen. (A radical method of exstirpating malignant glands in the neck secondary to mouth carcinoma.)** *Australasian Med. Gaz. 2. October 1906.*

Verf. betont, dass die Drüsen dieser Region sehr leicht inficirt werden. Er räth mehr dazu, das Bindegewebe mit den Drüsen zusammen zu entfernen, als die letzteren auszuschälen. Er macht eine Incision vom Kinn bis zum Warzenfortsatz, dann längs des Vorderrandes des Sternocleidomastoideus und zurück längs der Clavicula. Die Lappen werden nach oben geschlagen und das Zellgewebe mit den Drüsen ausgeschnitten. Der Sternocleidomastoideus wird in der Mitte durchtrennt und nachdem so nur die tieferen Drüsengruppen entfernt sind, wird die Vena jugularis unterbunden und entfernt. Die Durchschneidung des Sternocleidomastoideus scheint ohne Folgen zu sein.

JAMES DONELAN.

60) **T. Sherman Wright. Postoperative Behandlung maligner Erkrankungen der Mundhöhle. (Postoperative treatment of malignant disease of the buccal cavity.)** *N. Y. Medical Journal. 3. August 1907.*

Bericht über drei Fälle. Verf. empfiehlt für Wundflächen, die nach der Entfernung maligner Tumoren nicht verbunden werden können, die Behandlung mit 3—5 proc. Carbolpetrolat; er empfiehlt auch Injectionen von solchen in recidivirende Geschwülste. Bei der Oberkieferresection giebt eine Incision von einem Mundwinkel zum andern mit Durchschneidung der Nasenscheidewand, so dass die Nase in dem oberen Lappen mit hochgeklappt wird, das beste Resultat.

LEFFERTS.



61) **George G. Ross. Einige Gedanken über maligne Geschwülste der Mundhöhle und Lippen. (Some thoughts on malignant growths of the mouth and lips.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Juli 1907.*

Die häufigste Form von malignen Geschwülsten, die in der Mundhöhle und an den Lippen sich finden, ist das Epitheliom. Am häufigsten ist die Unterlippe Sitz der Geschwulst: nach Trendelenburg in 499 Fällen von Gesichtkrebs 241 Mal.

Carcinom der Mundhöhle ist häufiger beim Manne. Unter 1000 Carcinomfällen bei Frauen betrafen nur 13 die Unterlippen, Mundhöhle oder Zunge; unter 1000 männlichen Carcinomfallen betrafen 111 die Mundhöhle.

Verf. beschreibt sehr ausführlich die Vertheilung der Lymphgefässe am Halse, da ihr Befallensein von grösster Bedeutung für die Prognose ist.

In einer Reihe von 36 Fällen im German Hospital, die in den letzten fünf Jahren beobachtet wurden, war die Localisation der Geschwulst folgende: Lippen 14, Zunge 12, Wange 7, Zunge, Lippe und Wange 1 Mal; Zunge, Tonsillen und Fauces 1, Lippe und Wange 1 Mal. Von den 14 Lippengeschwülsten waren 12 Epitheliome und 2 Carcinome; von den 12 Zungengeschwülsten waren 8 Carcinome und 4 Epitheliome; von den 7 Wangengeschwülsten waren 5 Epitheliome und 2 Carcinome.

Verf. bespricht noch Diagnose, Prognose und Behandlung. LEFFERTS.

62) **Balassa. Therapie der Glossitis mittelst Prothese.** *Orvosi Hetilap. No. 49. 1907.*

Es bestanden seit Jahren brennende Schmerzen in der Zunge, deren Grund B. in starken Zahneindrücken am Zungenrande muthmasste. Eine an die linguale Fläche der unteren Zahnreihe applicirte Kautschukschiene brachte in Kurzem Heilung. v. NAVRATIL.

63) **Lenger. Teleangiectasie der Zunge, der Unterlippe, des Kinns und der linken Wange; verschiedene Operationen. (Teleangiectasie de la langue, de la lèvre inférieure, du menton et de la joue gauche; opérations diverses.)** *Annales de la Soc. Méd.-chir. de Liège. No. 6. 1907.*

In der Sitzung vom 2. Mai 1907 der Lütticher medico-chirurg. Gesellschaft stellt L. einen Kranken von 21 Jahren vor, welcher zum erstenmal im Alter von 9 Monaten in die chir. Poliklinik des Englischen Hospitals gebracht worden war. Derselbe war damals Träger ganz kleiner Angiome an der Zungenspitze, der Unterlippe, dem Kinn und der linken Wange, welche durch Ignipunctur vermittelst des Paquelin behandelt wurden. Die Behandlung hielt 3—4 Jahre an, alsdann fingen die kleinen Gefässgeschwülstchen wieder an zu wachsen, bis sie schliesslich im Alter von 8 Jahren zu einem einzigen Gefässtumor confluirten, der die Zunge, Unterlippe, das Kinn und die linke Wange einnahm. Der Patient erlitt dadurch keine weitere Belästigung, als die äusserst unangenehme Deformität, wegen welcher er auch die Hilfe des Chirurgen in Anspruch nahm. Damals wurde er zum ersten Male in der medico-chirurg. Gesellschaft vorgestellt; die Gefässneubildung war enorm, hauptsächlich die Zunge bedeutend entwickelt, von

schwarzblauer Färbung und beim Betasten das Gefühl eines mit Flüssigkeit gefüllten Schwammes gebend.

Der Autor nahm sich vor, zuerst die Ligatur der Art. lingualis vorzunehmen, das Einsinken der Zunge abzuwarten, dann die Abtragung der Gefässneubildung an derselben vorzunehmen, um zuletzt dann die der Wange, des Kinns und der Unterlippe mit der Ignipunctur anzugreifen. Dieses Programm wurde denn auch genau ausgeführt, und gegenwärtig, nach 6 Monaten klinischer Behandlung, ist das Resultat äusserst befriedigend. L. hofft, dasselbe noch zu verbessern und schliesslich ein vollständiges Verschwinden des angiomatösen Gewebes des Gesichtes herbeizuführen.

BAYER.

64) **Baumgarten. Leiomyoadenom des Zungengrundes.** *Orvosi Hetilap. No. 31. 1907.*

Entfernte vom Zungengrunde einen bohnengrossen Tumor, welcher aus glatten Muskelfasern und Schleimdrüsen bestand.

v. NAVRATIL.

65) **Truman H. Brophy. Anatomie des normalen und gespaltenen Gaumens. (Anatomy of the palate, normal and cleft.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juli 1907.*

Verf. ist auf Grund seiner Studien zu der Ansicht gelangt, dass in Fällen von Gaumenspalte kein actueller Gewebsverlust besteht, dass vielmehr die normale Gewebsmenge vorhanden, jedoch nur nach lateralwärts deplacirt ist. Die prädisponirende Ursache für die mangelnde Vereinigung der Kieferknochen in der Mittellinie sei Heredität; die auslösende Ursache liege in embryonalen Wachsthumsverhältnissen. Die Behandlung besteht in Vereinigung der Knochen drei Monate nach der Geburt; der weiche Gaumen muss später und die Lippen am spätesten wiederhergestellt werden.

LEFFERTS.

66) **A. Bovero. Bemerkungen über die Anatomie des harten Gaumens. (Annotazioni sull'anatomia del palato duro.)** *Memoria dela R. Accademia delle Scienze di Torino. 1907.*

Verf. hat das Vorkommen von Trennungen zwischen den horizontalen Teilen der Gaumenknochen an einem Material von 3346 menschlichen Leichen verschiedenen Alters und Provinenz studirt; Verf. konnte alle Abstufungen und Modalitäten der mangelnden Vereinigung zwischen den horizontalen Gaumenplatten constatiren. Er beschreibt sie alle ausführlich.

FINDER.

67) **L. Mohr. Ueber einen Fall totaler Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand und gleichzeitiger Stenose an der Grenze des Naso- und Hypopharynx.** *Dissertation. München 1905.*

Der Titel giebt den Inhalt der Arbeit an. Grundkrankheit: Lues.

OPPIKOFER.

68) **Joh. Fein** (Wien). **Ein Leiomyom des Gaumens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 533.*

Mittheilung der Krankengeschichte und des histologischen Befundes.

F. KLEMPERER.

69) **Jonty. Syphilitische hereditäre Späterkrankung des Gaumengewölbes, der Nasenhöhlen und des Mundrachens mit ausgesprochenen und seltenen Deformationen. (Lésion syphilitique héréditaire tardive de la voute palatine, des fosses nasales et du pharynx buccal avec des déformations accentuées et rares.)** *Annales des mal. de l'oreille. März 1907.*

Pat. zeigte eine Abplattung des Oberkiefers im anterio-posterioren Sinne, Lorgnettnase und beinahe völligen Verschluss der Nasenlöcher. BRINDEL.

70) **Felix Semon** (London). **Tertiäre Syphilis des Gaumens oder Pneumokokkeninvasion?** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 6. 1907.*

Ausführliche Krankengeschichte des sehr ungewöhnlichen Falles mit differentialdiagnostisch-epirkitischen Erörterungen. HECHT.

71) **J. Lemaire. Die Spitzbogenform des Gaumengewölbes. (De la déformation ogivale de la voute palatine.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Diese Deformation ist einzig rachitischen Ursprungs. Sie ist weder der normale anatomische Ausdruck des Gaumengewölbes bei Dolichocephalen noch glaubt Verf., dass sie mit den adenoiden Vegetationen in irgend welchem Zusammenhang steht. GONTIER de la ROCHE.

72) **J. N. G. Starr. Eine neue Methode der Behandlung des gespaltenen Gaumens. (A new method of dealing with cleft palate.)** *Canada Journal of Medicine and Surgery. Juni 1907.*

Zur Vermeidung der Spannung der Naht, der Stichcanaleiterung und der Infection vom Munde aus, werden Aluminiumplättchen angewandt, die durch die lateralen Incisionen eingeführt und in der Mundhöhle darüber gefaltet werden. EMIL MAYER.

73) **Moskowicz** (Wien-Döbling). **Zur Technik der Uranoplastik.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 83. 1907.*

Man wird sich am besten in den ersten Lebenstagen mit der Naht der Hasenscharte begnügen, um die Ernährung zu erleichtern, während die Uranoplastik nicht vor dem 8.—10. Monat auszuführen wäre. SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

74) **Marfan, Baudouin Brissaud** (Paris). **Statistik der Diphtherie am Hospital für kranke Kinder. (Statistique de la diphtérie à l'hôpital des enfants malades.)** *Société médicale des hôpitaux. 17. Januar 1908.*

Die Statistik reicht vom Mai 1906 bis Mai 1907. Auf 555 Fälle war die Mortalität 10,45 pCt., die reducirte Mortalität 6,24 pCt. Sie ist hauptsächlich (57 pCt.) auf die malignen Anginen zurückzuführen. Die Sterblichkeit in Folge Croup war sehr gering. GONTIER de la ROCHE.

75) **Putawski. Beiträge zu den statistischen Mittheilungen über die Heilmethode der Diphtherie mittels specifischen Serums. (Przyczynki do statystyki leczenia blonicy surowice swoista.)**

Verf. giebt statistische Mittheilungen über 600 Fälle, behandelt mit Serum,

von denen 41 mit tödtlichem Verlaufe (68 pCt.). Die Anzahl von Larynxfällen betrug 328, von denen mit tödtlichem Verlaufe 12,5 pCt. A. SOKOLOWSKI.

76) **S. Citelli. Ueber eine prolongirte Form latenter diphtherischer Angina. (Su una forma prolongata di angina difterica latente.)** *Policlinico Sez. prat. 1906.*

Es handelt sich um eine seltene Affection. Bei einem 20 Monate alten Kind trat ausgesprochene Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Drüsen an beiden Kieferwinkeln ein. Erst am vierten Tage zeigte sich ein weisses Pünktchen in der rechten Fossa supratonsillaris. Seit dem ersten Tage bestand hohes Fieber (39°); ausser jenem weissen Pünktchen waren keine Andeutungen von Pseudomembran vorhanden oder andere exsudative Flecken, jedoch waren die Gaumentonsillen und die hintere Pharynxwand geröthet.

Verf. diagnosticirte eine wahrscheinliche Diphtherie und injicirte Behring's Serum No. II. Nach 24 Stunden constatirte man einen dünnen weissen Fleck an der rechten Mandel, der wie geronnene Milch aussah. Es wurde nun eine andere Injection Behring's Serum No. III gemacht. Am nächsten Tage bedeckte der Belag die ganze rechte Tonsille, während ein anderer kleiner Fleck auf der linken sich zeigte; am Tage darauf war der Belag auf der rechten Tonsille erweicht, während er auf der linken zugenommen hatte. Dritte Seruminjection. Am nächsten Tage keine Spur mehr von Membranen.

Verf. glaubt, es hätte erst eine Diphtherie in der Tiefe der Rachen- und der Gaumentonsillen bestanden, die die Ursache für die lange Latenz des Processes bildete. Die erste Seruminjection, die die Virulenz der Diphtheriebacillen abschwächte und die Tonsillen abschwellen liess, gestattete den diphtherischen Exsudaten, auf der Oberfläche der Gaumentonsillen wieder zu erscheinen und liess so die Natur der Erkrankung hervortreten. FINDER.

77) **Pomorski. 500 Fälle von Tracheotomie bei Larynxdiphtherie. (500 przypadków trocheotomii przy dlawen.)** *Przeglad Lekarski. No. 47. 1907.*

Die statistischen Mittheilungen über die Tracheotomie bei Larynxdiphtherie geben nicht immer genaue Thatsachen in Folge mannigfaltiger Bedingungen, bei denen öfters Operationen ausgeführt werden. Doch seit der Anwendung des Serums geben die statistischen Mittheilungen über die Mortalität bessere Resultate. In der Periode vor der Anwendung des Serums betrug sie 30 pCt., bei Anwendung desselben 20 pCt. Die Intubationsmethode wurde vom Verfasser nicht angewendet. Verf. macht aufmerksam auf die grössere Mortalität bei Kindern bei Larynxdiphtherie im Frühling wie im Winter, indem er dies damit erklärt, dass der allgemeine Zustand des Kindes zur Winterszeit mehr gelitten hat.

A. v. SOKOLOWSKI.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

78) **Henrici** (Aachen). **Indication zur curativen Tracheotomie bei der Kehlkopftuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 88.*

Verf. fügt den früher veröffentlichen 3 Fällen einen vierten auf der Körner-

schen Klinik zu Rostock beobachteten Fall von ourativem Effect der Tracheotomie bei Kehlkopftuberculose hinzu. Als Indicationen für die curative Tracheotomie stellt er auf: 1. Kindliches Alter der Patienten. 2. Fehlende oder unbedeutende Veränderungen der Lungen. 3. Relative Gutartigkeit der Kehlkopftuberculose.

F. KLEMPERER.

79) **Jüngerich** (Verviers). **Ein Beitrag zur operativen Larynxtuberculose.** *Dissertation. Erlangen 1907.*

Bei einer 31jährigen Bauersfrau fand sich als Ursache der Heiserkeit ein grosser vom linken Taschenband entspringender Tumor, der histologisch sich als tuberculöser Natur (Probeexcision) erwies. Die radicale Entfernung wurde erst nach Beendigung der Gravidität (normale Entbindung und puerperium) vorgenommen, Heilung. Ob der Tumor primärer oder secundärer Natur war, lässt sich nicht entscheiden.

SEIFERT.

80) **Eugen Holländer** (Berlin). **Die chirurgische Behandlung der Schleimhauttuberculose der oberen Luftwege, besonders der Kehlkopftuberculose.** *Therapie der Gegenwart. December 1907.*

H. empfiehlt die contactlose Cauterisation, nach der die Narben unvergleichlich besser werden wie bei Glüheisenbehandlung, nach eventueller temporärer Eröffnung des Kehlkopfes. So hat er einen Fall von ausgedehntem Larynxlupus, einen zweiten von schwerer Kehlkopftuberculose geheilt. Die Luftcauterisation erzielt eine Umstimmung des tuberculösen Gewebes in gesundes mit vollkommener Schonung des Innenprofils.

Die Aussichten der Operation hängen beinahe ausschliesslich von dem Zustande der Lungen ab. Bei fehlendem Lungensecret ist die Ausheilungschance günstiger als bei jeder anderen Behandlung. Er empfiehlt im Anschluss an eine bei einer Larynxtuberculose nöthigen Tracheotomie die Laryngofissur bei Luftcauterisation vorzunehmen und bei grösseren tuberculösen Affectionen des Kehlkopfes, deren endolaryngeale Behandlung keinen Heilerfolg mehr verspricht, in der Luftcauterisation des Larynx die Operation der Wahl zu sehen.

A. ROSENBERG.

81) **R. Boldt. Die Abtragung der Epiglottis wegen Tuberculose.** *Dissertation. Rostock 1906.*

Gestützt auf 9 Fälle der Rostocker Klinik empfiehlt B. die Resection bei Tuberculose des Kehldeckels.

OPPIKOFER.

82) **Chatin** und **Pehu** (Lyon). **Lupus des Gesichts, consecutiver Lupus des Larynx; dringende Tracheotomie. Glottische Narbenstenose; permanentes Tragen der Canüle. (Lupus de la face, Lupus consécutif du larynx; trachéotomie d'urgence. Sténose cicatricielle glottique; port permanent de la canule.)** *Lyon médical. 8. December 1907.*

Epiglottis und Stimmlippen sind zerstört, die ganze obere Partie des Larynx ist in eine Narbenmasse umgewandelt. Es besteht eine Glottisstenose, die die Tracheotomie nothwendig macht.

Die Verff. beabsichtigen, später eine Thyreotomie vorzunehmen mit nachfolgender Dilatation mit Kautschukbougies nach Sargnon.

GONTIER de la ROCHE.

83) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Die Ventrikelform beim Sängerkehlkopf.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 458.*

A. constatirt bei Sängern das Vorhandensein eines auffällig wohlgebauten und weiten Eingangs in den Ventriculus Morgagni, derart, dass nicht bloss der membranöse weisse, sondern auch der übrige bläulichrothe Theil der Stimmlippe, d. h. fast der ganze Boden des Ventrikels im Spiegel sichtbar wird. Er hält die Weite der Rima ventriculi weniger für eine Folge, als für eine natür-Vorbedingung des Kunstgesangs; die Weite des Ventrikels ist eine angeborene Anlage, die freilich durch die Gesangsstudien verstärkt zu werden scheint. Er ist der Ueberzeugung, dass das Mundstück im Kehlkopf eine viel wichtigere Rolle spielt, als man bisher annehmen konnte, und dass die empirisch gefundene tiefe Kehlkopfstellung, an der der Berufssänger festhalten muss, von günstigem Einfluss auf die Gestaltung des Ventrikels und damit auf die Form des Mundstücks ist.

F. KLEMPERER.

84) **Sedziak. Kehlkopffibrom traumatischen Ursprungs mit spontaner Heilung. (Wlókniak krtani pochodzenia urazowego, wyleczonie samoistne.)** *Kronika Lekarska. 1907.*

Nachdem eine 40jährige Frau, mit Affection der rechten Lungenspitze, und einer totalen rechten Recurrenslähmung und einer allgemeinen Anämie, sich mit einer Gräte verletzt hatte, trat unter den Augen des Arztes in einer Dauer von 3 Monaten eine allmähliche Bildung eines typischen Fibroms des Kehldeckels ein. Nach Ablauf von 6 Monaten verschwand die Neubildung, nachdem die Kranke diese Zeit theils in Karlsbad, theils im Gebirge zur Cur verbracht, vollständig.

A. v. SOKOLOWSKI.

85) **Ch. Raugé. Ueber die Behandlung der diffusen Kehlkopfpapillome. (A propos du traitement des papillomes diffus du larynx.)** *Congrès français de chirurgie. 7. bis 12. October 1907. Paris.*

Verf. führt einen Fall aus seiner Praxis an, in dem weder die Laryngofissur noch die Intubation den Kranken vom Ersticken retten konnte.

GONTIER de la ROCHE.

86) **F. Massei. Die Behandlung der Kehlkopfpapillome bei Kindern. (La cura dei papillomi laringei nei bambini.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio etc.*

Ausgehend von einer im Juni 1907 in der Pariser laryngologischen Gesellschaft stattgefundenen Demonstration eines Falles von Kehlkopfpapillomen mit daranschliessender Discussion weist Verf. darauf hin, dass er bereits seit dem Jahre 1884 immer den Standpunkt vertreten hat, man soll im Falle der Dyspnoe tracheotomiren und dann die spontane Rückbildung der Geschwülste abwarten oder per vias naturales operiren. Er benutzt hier wieder die Gelegenheit, sich sehr scharf gegen die Laryngofissur auszusprechen, die durchaus nicht vor Recidiven bewahre.

Verf. verfügt über circa 800 Fälle von Kehlkopfpapillomen, die zum grössten Theil endolaryngeal operirt wurden; in wenigen Fällen wurde auch tracheotomirt.

FINDER.

87) **Van den Wildenberg. Zwei im ersten Kindesalter an Kehlkopfpapillomen nach der directen Methode Killian's behandelte Kinder. (Deux enfants en bas âge traités de papillomes du larynx par la méthode directe de Killian.)** *La Clinique. No. 34. 1907.*

1. Fall. Papillome bei einem Kinde von 17 Monaten: 2 papillomartige Geschwülste, angehäuft im vorderen Winkel der Stimmbänder und ein isolirtes Papillom des rechten Stimmbandes. In der Rose'schen Kopflage nach vorheriger Anästhesirung Entfernung der Tumoren mit der Killian'schen Löffelzange. Die Operation dauerte 1 Stunde und wurde von dem Kinde gut ertragen. 3 Wochen später war die Stimme klar.

2. Fall. Kehlkopfpapillome bei einem 18 Monate alten Kind: der Kehlkopfeingang wurde von weisslichen himbeerartigen Tumoren ausgefüllt gefunden, wovon der grösste der Innenfläche der Epiglottis aufsitzt; Anästhesie, Entfernung des grossen Tumors der Epiglottis, wegen drohender Erstickung Tracheotomie, worauf die Entfernung der übrigen unterhalb der Stimmbänder aufsitzenden Geschwülste verschoben und 2 Tage später vorgenommen wurde. Daraufhin wird die Atmung wieder frei und die Stimme kehrte wieder.

Der Autor zieht die allgemeine Anästhesie der localen vor, weil die Kinder sie besser ertrugen, er wendet das Adrenalin nicht an, da die einfache Compression zur Hämostase genüge; er fürchtet die üblen Zufälle, welche geschickten Laryngologen dabei begegnet wären.

BAYER.

88) **Sedziak. Diagnose und Therapie des Kehlkopfkrebses. (Rozpozname i leczeme vaka krtani.)** *Tygodnik lekarski. No. 49, 50. 1907.*

Nachdem Verf. alle Erscheinungen zusammengestellt, die auf die Diagnose des Kehlkopfkrebses, schon in seinem frühesten Stadium schliessen lassen, kommt er zu dem wichtigsten Theile, das heisst zur operativen Therapie dieses Leidens, indem er sich auf eine immense Zahl von Fällen stützt, nämlich 982, die nach folgenden Methoden operirt wurden: intralaryngeal 57, Laryngofissur 299, partielle Resection 222, endlich totale Kehlkopfresection 404 Fälle. Die Schlüsse, die Verf. daraus zieht, sind folgende:

1. Die operative Kehlkopftherapie ist jetzt die rationellste. Im Allgemeinen giebt sie ziemlich zufriedenstellende Erfolge, nämlich über 26 pCt.

2. Diese Erfolge gestalten sich im zweiten Stadium, d. h. nach den Jahren 1888 viel besser als im ersten Stadium (über 32,6 pCt. erfolgreiche Heilungen, d. h. auf 693 Fälle 219).

3. Dasselbe betrifft die Recidiven nach den Operationen (22 pCt., d. h. auf 693 Fälle 153), ebenso den Todesausgang abhängig von der Operation selbst (ca. 13 pCt., d. h. auf 693 Fälle 90), deren Anzahl sich ebenso nach den Jahren 1888 bedeutend vermindert hat, was von einer mehr kritischen Auswahl von operativen Fällen, zweitens auf der Verbesserung der operativen Technik beruht.



4. Die Laryngofissur giebt die besten Erfolge bei dem Kehlkopfkrebse in seinen frühesten Perioden.

5. Die partielle Resection giebt jedoch, was die Recidive anbelangt, die beste Methode bei dem Kehlkopfkrebse ab.

Verf. kommt zu der Ueberzeugung, dass die Laryngofissur, was den Todesausgang betrifft, die besten Erfolge (nämlich 25 pCt.), während die partielle Kehlkopfresection fast 6 pGt., die totale Resection dagegen 4,6 pCt. ergiebt.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) Clement F. Theisen. **Epitheliom des Kehlkopfs; Totalexstirpation nebst Entfernung eines Theiles der Trachea. Tod an Pneumonie am 13. Tage. (Epithelioma of the larynx; total laryngectomy including the removal of part of the trachea. Death from pneumonia on the thirteenth day.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Mai 1907.

EMIL MAYER.

90) E. Fletcher Ingals. **Nicht-recidivirendes Carcinom des Larynx auf natürlichem Wege entfernt. (Non-recurrent carcinoma of the larynx removed throug the natural passages.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Mai 1907.

EMIL MAYER.

91) Fallas. **Voluminöser Krebs des Kehlkopfs. (Volumineux cancer du larynx.)** *La Presse Méd. Belge. No. 18. 1907.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler vom 23. April 1907 zeigt F. einen voluminösen Kehlkopfkrebs vor, dessen Entwickelung er auf der Delsaux'schen Abtheilung während $1^1/_2$ Jahren hatte verfolgen können. Die Kehlkopfknorpel und die ersten Trachealringe waren total verschwunden und durch Epithelialgewebe ersetzt, das eine geräumige, mit der Trachea und dem Oesophagus communicirende Cloake bildete. Im November 1905 musste die Tracheotomie vorgenommen werden.

F. macht auf die lange Dauer des Lebens dabei aufmerksam, auf die geringen schmerzhaften Erscheinungen und die geringe Beeinträchtigung des Respirations- und Digestionsapparates durch die beständig inficirende Ulceration und endlich auf das späte Auftreten der motorischen Stimmbandstörungen.

BAYER.

92) Jaboulay. **Krebs der Epiglottis und der rechten ary-epiglottischen Falte. Partielle Laryngotomie auf dem thyreo-hyoidalem Wege. Heilung. (Cancer de l'épiglotte et du repli aryteno-épiglottique droit. Laryngotomie partielle par la voie thyro-hyoidienne. Guérison.)** *Soc. nationale de médecine de Lyon. 22. Juli 1907. Lyon médical. 1. December 1907.*

Verf. weist auf die Leichtigkeit hin, mit der auf diesem Wege die oberen Theile des Kehlkopfs zugänglich werden. Er räth zum unmittelbaren Wiederverschluss, indem er Zungenbein und Schildknorpel durch die Nähte, die den

oberen Rand des Schildknorpels fassen und das Zungenbein umgreifen. So kann eine Infection der Wunde durch Flüssigkeiten, die aus dem Munde stammen, vermieden werden.

GONTIER de la ROCHE.

93) **Albertin** (Lyon). **Totale Larynx- und Pharynxexstirpation wegen Kehlkopfkrebs. (Laryngectomie totale avec pharyngectomie pour cancer du larynx.)** *Société des sciences médicales. Lyon. 20. November 1907.*

Vorhergehende Tracheotomie und Fixation der Trachea an der Haut.

Im Verlauf der Larynxexstirpation bemerkte man, dass die Neubildung die vordere Rachenwand ergriffen hatte. Diese wurde resecirt uud die Ränder wurden an der Ränder die Hautincision genäht. Später stellte Verf. eine vordere Rachenwand mittels der durch zwei Verticalschnitte freigemachten Haut her. Patient hat um 9 kg an Gewicht zugenommen und befindet sich wohl.

GONTIER de la ROCHE.

94) **Capart jr. Totale Laryngectomie wegen Plattenepithelkrebs. Heilung seit 3 Jahren. (Laryngectomie totale pour épithelioma pavimenteux. Guérison depuis plus de trois ans.)** *La Presse Méd. Belge. No. 13. 1907.*

In der Sitzung vom 9. Februar 1907 der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler stellt C. einen 50jährigen Arbeiter vor, bei welchem wegen eines bohnengrossen, kreideweissen, die rechte Kehlkopfseite einnehmenden Tumors, dessen mikroskopische Untersuchung einen Plattenepithelkrebs erwies, die Radicaloperation vorgenommen worden war. 6 Wochen darauf konnte der Patient trotz gefährlicher, 4 Wochen nach der Operation sich einstellender Complicationen eines Erysipels nach Hause entlassen werden. Seither wurden verschiedene plastische Operationsversuche, aber nur mit relativem Erfolge vorgenommen. Eine noch bestehende, den Kranken sehr belästigende Fistel will der Autor von Neuem operativ zu beseitigen versuchen.

BAYER.

95) **Mintz** (Moskau). **Spätasphyxie nach totaler Larynxexstirpation.** *Centralbl. f. Chirurgie. 24. 1907.*

Die schwere Asphyxie war bedingt durch Gerinnsel aus Fibrin und Schleim, die sich im linken Bronchialsystem ansammelte und bei allmählichem Verschieben auf die Höhe der Bifurcation den rechten Bronchus mit verlegten. Einführen des Bronchoskopos in den rechten Bronchus brachte Besserung und in Intervallen lösten sich die Stücke der Ausgüsse des linken Bronchus.

SEIFERT.

96) **Depage. Laryngectomie.** *La Belgique Méd. No. 19. 1907.*

In der Sitzung vom 9. Februar 1907 der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler stellt D. einen Kranken vor, bei welchem er vor 2 Wochen wegen eines Krebses des Kehlkopfes, des Oesophagus und des Pharynx die Laryngectomie vorgenommen hatte. Die Wundheilung hat vollständig stattgefunden. Der Kehlkopftheil des Oesophagus steht in seiner ganzen Ausdehnung offen; der Kranke trägt eine Canüle und eine Oesophagussonde. D. wird in einigen Tagen den Oesophagus und Pharynx schliessen.

BAYER.

97) **Henrici** (Rostock). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Trachealtumoren.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 283.*

Bericht über einen Fall. Der walzenförmige, $2^1/_2$ cm lange Tumor von Fingerdicke glich klinisch einer intrachealen Struma. Nach dem Ergebniss der histologischen Untersuchung aber handelt es sich nicht um eine solche, sondern um einen eigenartigen nicht sicher zu klassificirenden Tumor, dessen Ausgangsorgan und -Gewebe sich nicht bestimmen liess. F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

98) **Th. Dieterle. Die Athyreosis.** *Arch. f. path. Anat. Bd. 184. S. 56.*

Während des Fötallebens ist die Schilddrüse ohne Einfluss auf die Knochenentwickelung. Die Folgen des Schilddrüsenmangels treten ungefähr zur Zeit der Geburt auf und können durch Anwesenheit von Epithelkörperchen nicht verhindert werden. J. KATZENSTEIN.

99) **Borsos. Schwellung der Thyreoidea im Anschlusse an epileptiforme Anfälle.** *Orvosi Hetilap. No. 46. 1907.*

Bei 4 Kranken trat während der epileptiformen Anfälle eine acute Schwellung der Schilddrüse auf, welche sich in 5—6 Tagen zurückbildete.

v. NAVRATIL.

100) **O. Poser. Ueber Metastasenbildung gutartiger Kröpfe.** *Dissertation. Jena 1906.*

Strumen, die weder klinisch noch anatomisch einen bösartigen Charakter zeigen, können Metastasen bilden, welche dann — ohne Carcinomstructur zu haben — einen mehr oder weniger malignen Verlauf annehmen. P. hat 19 derartige Fälle aus der Literatur zusammengestellt und fügt eine neue Beobachtung hinzu. Fast durchwegs handelt es sich in diesen Fällen um weibliche Patienten. Die Metastasenbildung ist von der Grösse der Struma unabhängig und zeigt den Bau der einfachen Schilddrüse mit colloider Entartung oder den Bau gutartiger Schilddrüsenadenome. Meist sitzen die Metastasen im Knochensystem, vorzugsweise in den kurzen und den platten Knochen. OPPIKOFER.

101) **A. C. Smith. Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (The surgical treatment of ophthalmic goitre.)** *Medical Sentinal. October 1907.*

Ist die Diagnose früh gestellt, so wird frühzeitige Behandlung in der Majorität der Fälle zur Heilung führen; wenn Ruhe, Diät, Hygiene, Behandlung mit X-Strahlen und Serum nicht zum Zielen führen, so soll nicht zu spät operirt werden. Nur die Fälle von Morbus Basedow sollen nicht chirurgisch behandelt werden, die wegen Herzcomplication inoperabel sind. EMIL MAYER.

102) **J. L. Faure** (Paris). **Kropf behandelt mittels Exothyropexie. (Goitre traité par l'exothyropexie.)** *Société de Chirurgie. 10. December 1907.*

In einem Fall von Kropf mit Respirationsbeschwerden wurde die Exothyropexie ausgeführt und gab die besten Resultate. GONTIER de la ROCHE.

103) **T. Lepine. Morbus Basedow. (Exophtalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 23. März 1907.*

Verf. erörtert die verschiedenen Theorien über die Pathogenese des Morbus Basedow; er bespricht dann die verschiedenen Methoden zur Herbeiführung einer Thyroidimmunisirung und beschreibt seine eigenen persönlichen Erfahrungen, sowie die anderer Autoritäten. Verf. warnt vor zu grossem Enthusiasmus für die Serumtherapie bei Basedow'scher Krankheit. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

104) **Tapia** (Madrid). **Technik der Oesophagoskopie. (Técnica de la esofogoscopia.)** *Boletin. de laringologia. otologia etc. Mai-Juni 1907.*

Beschreibung der Methode nebst einigen Bemerkungen über die Frage der Anästhesie, Lage, Instrumente etc. TAPIA.

105) **Botey** (Madrid). **Die Oesophagoscopia inferior. (La esofagoscopia inferior.)** *Revista ibero-americana de ciencies médicas. Juni 1907.*

Verf. beschreibt Indication, Technik der Untersuchungsmethode. TAPIA.

106) **H. Meller. Cardiospasmus mit secundärer Dilatation des Oesophagus.** *Dissertation. Bonn 1905.*

Zusammenstellung der Literatur und eingehende Besprechung des ganzen Krankheitsbildes. OPPIKOFER.

107) **Kelen** (Karlsbad). **Zur Differentialdiagnose zwischen cardiospastischer Speiseröhrenverengerung und tiefsitzendem Speiseröhrendivertikel.** *Medic. Klinik. 4. 1907.*

Empfehlung des Strauss'schen Volumenmessers für die Diagnosestellung. SEIFERT.

108) **R. Pflugradt. Ueber Concrementbildung im Oesophagus.** *Dissertation. Halle 1905.*

Die Section zeigte, dass bei dem 64jährigen Manne das mechanische Hinderniss in dem untersten Speiseröhrenabschnitt nicht, wie intra vitam angenommen wurde, durch eine maligne Neubildung bedingt war, sondern durch zwei Concremente, von denen das eine haselnuss-, das andere kastaniengross war. Das Gewicht der Steinmasse betrug 21,75 g. Die Steine bestanden aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk und reichlicher organischer Substanz; sie lagen dicht oberhalb der Cardia in einer kleinapfelgrossen buchtigen Höhle, welche die linke Hälfte der Oesophaguswand einnahm. Die Wandung der Höhle bestand aus derben Schwielen; die Innenfläche war ulcerirt und mit Granulationen ausgekleidet. — Nach längerer Begründung kommt Pf. zum Schlusse, dass die Steine in der Oesophaguswand keine verschluckten Fremdkörper, sondern wirkliche Concremente waren. Die ursprüngliche Affection des Oesophagus war nach Pf. ein Ulcus ex digestione, das schliesslich zu der Bildung der Höhle geführt hat; aus dem in der Höhle stagnirenden Speichel wurden dann die Kalksalze ausgefällt. Bei der Section fand sich auch eine linksseitige eitrige Pleuritis; eine Communication war

zwischen der Höhle, in der die Concremente lagen und der mit Eiter angefüllten Pleurahöhle nicht nachzuweisen. Entweder war die frühere Perforationsöffnung wieder verklebt, oder hatte die Infection der Pleura per continuitatem durch die Wand der Höhle hindurch stattgefunden.

Pf. fand bei Durchsehen der Literatur keinen weiteren Fall von Concrementbildung im Oesophagus.

OPPIKOFER.

109) **O. Schmitt. Casuistische Beiträge zu den Verletzungen des Oesophagus.** *Dissertation. München 1905.*

Nach Aufzählen all der Ursachen, die zu einer Verletzung des Oesophagus führen können, giebt Sch. die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Spontanruptur des Oesophagus wieder. Die Section zeigte bei dem 38jährigen Manne eine eitrigjauchige Mediastinitis posterior, ausgehend von einer schlitzförmigen Perforation des mittleren Oesophagustheiles; Austritt von Mageninhalt in beide Pleurahöhlen; beginnende eitrigjauchige Pleuritis beiderseits. Die Genese der spontanen Oesophagusruptur — Sch. hat 11 Fälle solcher aus der Literatur zusammengestellt — ist noch nicht sicher aufgeklärt; wenigstens ist eine Erklärung, die auf alle Fälle passt, noch nicht gegeben. Sch. nimmt für seine Beobachtung wie Benecke an, dass die Kraft krampfhafter Brechbewegungen bei Ueberfüllung des Magens mit Gas oder Flüssigkeit vollkommen ausreicht, um eine Zerreissung des Oesophagus durch acute Ueberdehnung zu erklären.

OPPIKOFER.

110) **W. E. Lunzer** (Königsberg i. Pr.). **Ueber die Behandlung tiefsitzender Fremdkörper des Oesophagus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1907.*

Bei den tiefsitzenden — i. e. knapp oberhalb der Einmündung des Oesophagus in den Magen — insbesondere scharfkantigen Fremdkörpern kommt in erster Linie die Oesophagoskopie in Betracht. Führt diese nicht zum Ziele, so tritt die Gastrotomie in ihre Rechte. Bericht über einen einschlägigen, complicirten Fall, der durch Gastrotomie geheilt wurde.

HECHT.

111) **Rudolf Haecker** (Greifswald). **Beitrag zur Behandlung der Fremdkörper in der Speiseröhre.** *Mit 7 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1907.*

Bericht über 5 einschlägige Fälle, der sich zu kurzem Referat nicht eignet.

HECHT.

112) **Guisez** (Paris). **Extraction von 3 Fremdkörpern, sowie zwei neue Fälle von undurchdringlichen Narbenstenosen, operirt und geheilt unter Oesophagoskopie. (Extraction de trois corps étrangers et deux nouveaux cas de rétrecissements cicatriciels infranchissables opérés et guéris sous ésophagoscopie.)** *Congrès français de Chirurgie. Paris. 7. bis 12. October 1907.*

GONTIER de la ROCHE.



IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. December 1907.

Alexander stellt eine Patientin vor, die nach den ersten Lebensmonaten heiser zu sprechen anfing und seitdem heiser geblieben ist. Die Stimmbänder schienen in eine obere und untere Lefze gespalten, von denen erstere mehr lateralwärts zurücktritt, so dass man von oben schräg in einen Defect hineinsehen kann, der eine kahnförmige Gestalt hat. Die beiden Lefzen liegen ober- resp. unterhalb des Stimmbandrandes. Der Grund der Defecte ist körnig, grauweiss, die Ränder gezackt. Die Defecte liegen nur innerhalb der Pars libera. A. bespricht die verschiedenen Möglichkeiten ihres Entstehens.

Schötz denkt an durch Epithelnekrose hervorgerufene Defecte.

Grabower erwägt die Möglichkeit, dass knorplige Einlagerungen in der oberen Wand des Spaltes eine Narbencontraction verhindert haben.

E. Meyer und Katzenstein nehmen eine congenitale Missbildung an.

Alexander begründet die Unwahrscheinlichkeit der verschiedenen angegebenen Ursachen der Enstehung der Defecte.

B. Rosenberg stellt einen Fall von primärem Lupus des Kehlkopfes vor, bei dem eine knötchenartige Infiltration die Epiglottis, aryepiglottischen Falten, ergriffen hatte, die Taschenbänder und Stimmbänder ihre Conturen vollständig eingebüsst hatten. In der Glottishöhe hatte sich eine diaphragmaartige Membran gebildet, die den Athemspalt erheblich verengte.

Halle demonstrirt eine Patientin mit traumatischer Recurrenslähmung, hervorgerufen durch eine Stichverletzung hinter dem Sternocleidomastoideus in der Nähe des Ohrläppchens, die seiner Meinung nach den Stamm des Vagus getroffen hat.

E. Meyer berichtet über zwei Fälle ähnlicher Verletzung, in denen er annahm, dass es sich nicht um eine directe Verletzung des Nerven handelte, sondern um Drucklähmung durch einen Bluterguss.

B. Fränkel: Es giebt Stichverletzungen des Nerven, die die grossen Gefässe freilassen.

Grabower und Halle glauben nicht an einen Bluterguss, sondern an eine directe Verletzung.

Schlungbaum zeigt das Präparat einer durch ein frontales Septum in eine vordere und hintere Abtheilung geschiedenen Oberkieferhöhle.

A. Rosenberg: Zur Ophthalmo-Tuberculin-Reaction.

Der Laryngologe sieht öfter Fälle von Kehlkopftuberculose, bei denen die Lungen fast garnicht ergriffen sind. Diese sind geeignet, den Werth der conjunctivalen Tuberculinreaction zu prüfen, wenn sie allseitig, d. h. in grosser Zahl daraufhin untersucht werden. Er berichtet unter Anderem über zwei Fälle von Lupus des Kehlkopfes und beginnender resp. vorzugsweiser tuberculöser Erkrankung des Larynx, bei denen die conjunctivale Reaction positiv ausfiel, in dem.

einen der letzteren allerdings erst durch Anwendung einer 4proc. Tuberculinlösung.

Ein sicheres Verhältniss zwischen Intensität der Erkrankung und der Reaction konnte er nicht feststellen.

Teichmann: Die einzelnen Individuen reagiren verschieden; die Reaction ist ein werthvolles diagnostisches und wahrscheinlich auch prognostisches Hilfsmittel.

Grabower hält die Reaction für ein diagnostisch unsicheres Mittel; eine stärkere Tuberculinlösung kann eine traumatische Läsion machen, dagegen sind die subcutanen Tuberculininjectionen viel zuverlässiger.

B. Fränkel: Die subcutanen Tuberculininjectionen sind ungefährlich, aber die Reaction bleibt zuweilen darnach aus. Die conjunctivale Reaction verdient unsere Beachtung.

Siegel: In vielen Fällen kann man zweifelhaft sein, ob man eine Reaction annehmen soll oder nicht; sie ist unsicher und nicht ohne Gefahr für das Auge.

Alexander: Comby bestätigte die Brauchbarkeit der conjunctivalen Reaction durch seine Sectionen; die subcutanen Tuberculininjectionen sind durchaus nicht immer sicher in ihrem Resultat.

Rosenberg: Controllversuche haben gezeigt, dass die Tuberculinlösung nicht traumatisch wirkt; Fälle von vorgeschrittener Tuberculose und auch viele Gravide reagiren selten positiv. Die Reaction ist immer deutlich zu erkennen; das Auge, in das instillirt wird, muss gesund und sauber seien. Immerhin sind einige Fälle von Erkrankung des Auges nach der Instillation bekannt geworden. Eine weitere Prüfung der Methode ist angezeigt. A. Rosenberg.

---

b) Sitzungsbericht der Ungarischen laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Mai 1907.

Vorsitzender: E. v. Navratil.

Schriftführer: A. Lipscher.

1. A. Lipscher: Fall einer recidivirenden Nasengeschwulst.

17jähriger Tagelöhner, in der rechten Nasenhälfte eine weiche, bewegliche Geschwulst: postrhinoskopisch wallnussgrosser, glatter, röthlicher Tumor. Bei Probeexcision starke Blutung, ebenso bei partieller endonasaler Entfernung. Histologischer Befund: Teleangiektatischer Bindegewebstumor. Nach Wochen Recidive. Vortr. meint, dass derselbe radical nur nach der Partsch'schen Methode oder mit temporärer Resection des Oberkiefers entfernt werden könne.

2. A. Lipscher: Geheilter Fall von Larynxstenose.

37jährige Frau, leidet seit 4 Jahren an Athembeschwerden, in letzter Zeit an Athemnoth. Unterhalb der Stimmbänder halbrunde, glatte, weiche Anschwellungen (Laryngitis hypoglottica hypertrophica chronica?). Nach Intubation mit Tuben No. 15 bis No. 19 vollständige Rückbildung.

Gámán berichtet über einen ähnlichen, mit Schrötter'schen Tuben geheilten Fall.

Baumgarten erwähnt einen ähnlichen, acut verlaufenden Fall, wahrscheinlich durch Aspirin verursacht.

Lénárt hält solche Fälle meistens durch Erkältung verursacht.

3. E. Baumgarten: Fall von Recurrenslähmung.

Bei der 67jährigen, aphonischen Frau linkerseits Recurrenslähmung im dritten Stadium; Stimmband sichelförmig, wesentlich verkürzt. Aortenaneurysma nicht nachweisbar, Herz mässig vergrössert, Puls rigid. Vortr. meint, dass doch ein nicht nachweisbares Aortenaneurysma oder eine mit der Hypertrophie des Herzens zusammenhängende Stauung und Vergrösserung der peritrachealen Lymphdrüsen besteht.

Onodi fragt, ob die Sensibilität des Kehlkopfeinganges untersucht worden sei. Nach Vortragendem sind gewisse Fälle anaesthetisch, gewisse hypaesthetisch.

4. Z. v. Lénárt: Kehlkopfkrebs.

51jährige Frau, am linken fixirten Aryknorpel eine unebene, geschwürige Geschwulst, welche das hintere Drittheil des Stimmbandes bedeckt, vordere Partie frei; Kehlkopf links normal. Histologischer Befund: Carcinom. In Folge heftiger Reaction nach Probeexcision Tracheotomie. Vortr. will nach Rückbildung der reactiven Entzündung die Resection des Kehlkopfes ausführen.

Baumgarten hält vorliegenden Fall als extralaryngeales Carcinom für inoperabel.

E. v. Navratil weist auf die vorhandenen Schluckbeschwerden hin; im Falle dieselben durch Uebergreifen auf den Oesophagus verursacht sind, wäre eine Resection contraindicirt.

D. v. Navratil wirft die Frage der Bronchitis auf; in diesem Falle ist die Operation contraindicirt.

Vortragender hält Pharynx und Oesophagus für frei.

5. Onodi: Haemangioma septi cartilaginei.

40jähriger Mann, links an der knorpeligen Nasenscheidenwand eine kurzgestielte, mandelgrosse, blutende Geschwulst. Entfernung mit galvanokaustischer Schlinge. Histol. Befund: Haemangioma simpl.

6. Onodi: Tonsilla succenturiata.

Auf der linken Mandel eine 2 cm lange Nebenmandel auf einem 2—3 mm langen und breiten Stiele. Entfernung mittelst Schlinge. Gewebsstructur der Mandel entsprechend.

Sitzung vom 29. October 1907.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. E. v. Navratil: Fall von tracheo-bronchialer Compression.

33jähriger Mann hustet seit 4 Monaten, in letzter Zeit Erstickungsanfälle und Brustschmerzen. Kranker ist cyanotisch, Athmung stenotisch. Zwischen den beiden Parasternallinien, von der 2.—6. Rippe Dämpfung, entsprechend dem

Schatten bei der Röntgenuntersuchung. Herz mässig vergrössert, Herztöne rein, accentuirt, an den Extremitäten keine Pulsverspätung; Lungen erweitert, meistentheils trockene Rasselgeräusche; rechts vorne Athmen geschwächt, in der Scapula und Interscapulargegend bronchial. Kehlkopf normal; Sputum auf Tuberkelbacillen negativ. Vortr. hält den Tumor für ein Mediastinalsarkom.

2. E. v. Navratil: Noma der Ober- und Unterlippe.

20jähriger, sehr herabgekommener Zigeunerbursche aus einer Sumpfgegend. Im März l. J. entstand auf der Unterlippe eine Geschwulst, welche bald exulcerirte. Status praesens: An der Stelle der gänzlich zerstörten Ober- und Unterlippe ein 3—4 cm breites, mit ausgebuchteten und wallartig erhabenen Rändern begrenztes Geschwür, dessen Grund nekrotisches, stinkendes Gewebe bildet. Linke obere und untere Schneidezähne freiliegend. Lues oder Tuberculose ausgeschlossen.

Vortr. hält die Erkrankung für Noma.

Donogány weist auf die Befunde von Vincent-Bacillen bei Noma.

Baumgarten empfiehlt das Streptokokkenserum.

3. Z. v. Lénárt: Chronisches Oedem des Kehlkopfes und des weichen Gaumens.

12jähriges Mädchen seit Beginn (2 Jahre) Schluckbeschwerden, Husten des Nachts und Athembeschwerden. Uvula, Gaumenbögen grauroth, ödematös, Epiglottis kleinfingerdick. Beide arytaenoidalen Gegenden, aryepiglottischen Falten, Taschenbänder verdickt, glatt, grauroth. Stimmbänder normal. Athmen etwas geräuschvoll, Stimme rein. Im Uebrigen Kehlkopf normal. Lues, Tuberculose nicht nachweisbar, Brust- und Bauchorgane ebenso, Urin, Blutuntersuchung negativ. Röntgen- und histologische Untersuchung erwies nichts Abnormes. Therapie bisher erfolglos. Vortr. hält das Oedem für ein idiopathisches.

Zwillinger sah einen Fall von chronischem Oedem des weichen Gaumens ohne entzündliche Erscheinungen.

Nach Baumgarten erinnert der Fall an den Lymphosarkomfall Störk's.

Donogány denkt an Tuberculose, an Quincke's Oedem oder an ein Myxödem.

4. D. v. Navratil: Operirter Fall eines Septumcarcinoms.

Vor 6 Monaten exstirpirte Vortr. bei der 32jährigen Kranken ein wallnussgrosses Basalzellencarcinom des unteren Theils des Septum endonasal. Perichondrium und Knorpel waren intact. Histolog. Untersuchung: sehr malignes Basalzellencarcinom. Bisher keine Recidive.

Tóvölgyi möchte keine günstige Prognose stellen.

Lénárt hält die Prognose, da die Entfernung eine totale und das umliegende Gewebe intact war, für günstig.

5. Onodi: Mucocele der mittleren Nasenmuschel.

Patientin leidet seit 4 Jahren an Verstopfung der linken Nasenhälfte und Schmerzen in der linken Schläfengegend. Linke mittlere Muschel geschwollen,

nach Incision eine 4 cm grosse, mit Schleim gefüllte Höhle sichtbar. Nach Vortr. münden solche Muschelzellen an ihrem höchsten Punkte, im oberen Nasengange, was die Retentionserscheinungen erklärt.

Zwillinger schrieb schon vor 17 Jahren über diese Frage und citirt Zuckerkandl, der meint, dass es sich um versprengte Siebbeinzellen handle. Der Ausdruck „Muschelzelle" ist nur eine Abkürzung.

Nach Onodi sind die mit Luft gefüllten Knochenblasen nicht so selten, hingegen die mit Schleim und Eiter gefüllten häufig.

6. A. v. Irsay: Ueber die Verbreitung des Skleroms in Ungarn, nebst Beitrag zur Therapie desselben. (Vortrag.)

Vortr. construirte auf Basis der eigenen, sowie der Róna'schen Fälle eine Karte der geographischen Verbreitung des Skleroms in Ungarn. Referirt über 17 Fälle, welche theils in den an Galizien grenzenden Comitaten, theils in dem Rumänien anliegenden Comitate Fogaras vorkamen; andere stammen aus dem Centrum des Landes. Demzufolge sind gewisse Gegenden Ungarns mit Sklerom verseucht. Vortr. dringt auf Einführung der obligatorischen Anzeigepflicht und Isolirung.

Im zweiten Theile des Vortrags theilt J. seine Erfahrungen mit über die Therapie des Skleroms mit Fibrolysin.

Zwillinger hält auch die Klärung dieser Frage für wichtig, da nach Russland und Rumänien angeblich in Ungarn die meisten Skleromfälle vorkommen.

Donogàny bringt in Vorschlag, dass die Section mit Unterstützung des Aerztevereins und der Regierung Specialisten in die durchseuchten Gegenden schicke.

Baumgarten empfiehlt das Diphtherieheilserum.

E. v. Navratil empfiehlt zu obigem Zwecke ein Comité mit Zuziehung der Dermatologen und Bakteriologen. Heilung bringt nur die Excision mit nachfolgender Plastik; demonstrirt mehrere Photographien der von ihm auf diese Weise behandelten und vollkommen geheilten Fälle.

Vortr. schliesst sich der Proposition des Präsidenten und Dongány's an. Auf Vorschlag des Präsidenten wird ein Comité entsendet. v. Navratil.

---

c) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

November 1906.

Vorsitzender: R. H. Woods.

A. Wylie: Epitheliom der Tonsille. Operation.

59jähriger Mann; nach ausgedehnter Operation mit Entfernung der geschwollenen Drüsen am Kieferwinkel schnelle Heilung. Jetzt 6 Monate danach kein Recidiv.

Mayo Collier: 1. Fall von Kehlkopftuberculose.

Der Larynx wurde bei dem an chirurgischer Tuberculose leidenden 33jährigen Mann spät befallen.

2. Doppelseitige Abductorlähmung.

Zur Diagnose.

Abercrombie: „Tuberculom“ des Nasenrachens.

Nach Entfernung der Masse mit einer Adenoidcurette befindet sich Patient wohl.

Wyatt Wingrave schwankt bei Beurtheilung der Geschwulst zwischen Lymphadenom und Tuberculom.

Harold Barwell: Fall von Gummi des Kehlkopfs (?).

Collier und der Vorsitzende discutiren die Diagnose.

Andrew Wylie: Tuberculom des Kehlkopfs.

Chichele Nourse: Maligne Erkrankung der Cervicaldrüsen und des Kehlkopfs bei einem 59jährigen Manne.

Die Untersuchung der entfernten Drüsen durch Wyatt Wingrave ergab, dass es sich um ein Endotheliom handelt.

Chichele Nourse: Neubildung im Pharynx.

Wyatt Wingrave: Mikroskopische Schnitte durch Knochenblasen der mittleren Muschel.

Cfr. Journal of Laryngology. August 1906.

Januar 1907.

Vorsitzender: R. H. Woods.

Mayo Collier: Epitheliom des Mundbodens.

Ausführliche Beschreibung einer sehr radicalen Methode zur Entfernung der Zunge und des Mundbodens. Bericht über 2 Fälle, von denen einer noch 7 Jahre nach der Operation lebt, der andere kürzlich 5 Jahre nach der Operation ohne Recidiv an Pneumonie starb.

Mayo Collier: Doppelseitige Abductorlähmung.

Vorgestellt in der vorigen Sitzung; Discussion.

Harold Barwell: 1. Tuberculöse Ulceration des Pharynx bei einem 17jährigen Mann.

2. Gummi des Kehlkopfs. Vorgestellt in der vorigen Sitzung.

Incision von aussen zeigte ein blasses granulationsähnliches Gewebe von zweifelhaftem mikroskopischem Charakter.

Chichele Nourse: Polysinusitis, das Resultat der Radicaloperation zeigend.

Eine Anzahl Redner besprechen das excellente Operationsresultat.

März 1907.

Vorsitzender: Mayo Collier.

Abercrombie: 1. Maligne Erkrankung des Larynxinnern bei einem 62jährigen Mann. Thyreotomie.

2. „Tuberculoide“ Erkrankung der Tonsille.

Der mikroskopische Befund ist zweifelhaft.

Mayo Collier: Tuberculose des Larynx.

Chichele Nourse: Fixation des linken Stimmbandes in Folge Tuberculose der linken ary-epiglottischen Falte.

Andrew Wylie: Recidivirende Lähmung des linken Stimmbandes n Folge von Druck durch Drüsenmassen am Halse.

Kelson: Tuberculöse (?) Erkrankung des Larynx.

Zur Diagnose.

Wyatt Wingrave: Myceleninfection der Tonsillen bei einem 56jährigen Mann.

Ausser den gewöhnlichen senilen Veränderungen fanden sich an der Tonsille Mycelenfäden, die sich nach Gram färben liessen.

W. hat dies öfter bei Patienten über 50 Jahren gefunden, niemals jedoch bei Kindern und jungen Leuten.

Harold Barwell: Kehlkopftumor. Fall im November 1906 vorgestellt.

Epitheliom bei einem 28jährigen Mann.

Mai 1907.

Vorsitzender: Woods.

Woods: Fall von Durchschneidung des Halses bei einer dreissigjährigen Frau.

In Folge eines Schnittes, der in Höhe der Thyreohyoidmembran alle Gewebe am Halse bis auf die Wirbelsäule durchtrennte, hatte sich eine Narbe gebildet, die die Mundhöhle vollkommen vom Larynx und Oesophagus abtrennte. Nahrungsaufnahme und Athmung wurden durch eine breite Tube in dem thyreohyoidalen Zwischenraum bewerkstelligt. In dem Narbengewebe fand sich eine kleine Oeffnung, die allmählich erweitert wurde. Es wurde eine besonders construirte Tube eingesetzt. Um das Hinabgleiten des Speichels in die Trachea zu verhüten, wurde an dem pharyngealen Ende der Tube ein Reservoir gemacht, aus dem die Flüssigkeit durch eine kleine Pumpe abgesaugt wurde, die Patientin unter dem Kleide verborgen trug. Patientin kann jetzt durch die Nase athmen und auch sprechen.

Stuart Low: Fall von Stirnhöhlenempyem mit Epilepsie.

Seit Ausräumung des Sinus keine Anfälle mehr. E. B. Waggett.

V. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Zum Präsidenten des St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins ist der Mitarbeiter des Centralblatts, Dr. P. Hellat, gewählt worden.

Die Herren Grabower (Berlin) und Brieger (Breslau) haben den Professortitel, Dr. Panse (Dresden) den Sanitätsrathtitel erhalten.

Dr. Wittmack (Greifswald) ist als ordentlicher Professor der Oto-Rhino-Laryngologie nach Jena berufen worden.

Dr. Heinrich Herzog hat sich an der Universität München für Laryngologie und Otologie habilitirt.

(Die vorstehenden 3 Nachrichten sind der Monatsschr f. Ohrenheilk. entnommen.)

Der Wiener Allgemeinen med. Wochenschrift entnehmen wir die Nachricht, dass Prof. Dr. A. Jurasz (Heidelberg) einen Ruf an die Universität in Lemberg angenommen hat.

Herr Dr. Oppikofer (Basel) ist dem Centralblatt als ständiger Mitarbeiter beigetreten.

Dr. J. W. Gleitsmann (New-York) ist zum correspondirenden Mitglied der Wiener Laryngologischen Gesellschaft erwählt worden.

Am Schluss des Jahres wird in St. Petersburg der erste russische oto-laryngologische Congress veranstaltet.

Eustasio Urruñuela †.

Dieser bekannte spanische Kehlkopfarzt, der im Jahre 1904 als Präsident der Section für Laryngologie bei dem Madrider Internationalen Congresse fungirte, ist, wie wir den Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx entnehmen, zu Madrid im Alter von 50 Jahren gestorben. Er war ein Schüler Rafael Ariza's und dessen Nachfolger an der laryngo-otologischen Abtheilung des Instituts Rubio.

British Medical Association.

SEVENTY-SIXTH ANNUAL MEETING, SHEFFIELD.

July 28th, 29th, 30th, and 31st, 1908.

Section of Laryngology, Otology and Rhinology.

President: George Wilkinson, M.B., F.R.C.S., Sheffield.
Vice-Presidents: Walter Jobson Horne, M.D., London.
Harry Lockwood, M.R.C.S., Sheffield.
Duncan Gray Newton, M.B., Sheffield.

The Meeting of the British Medical Association will take place this year at Sheffield on July 28th, 29th, 30th, and 31st. The Section of Laryngology, Otology and Rhinology will be held under the Presidency of Mr. George Wilkinson of Sheffield.

Foreign and Colonial visitors will be cordially welcomed in the Section, and those who may desire to attend are requested to send in their names as soon as possible to the Honorary Secretaries, together with the titles of any papers they may wish to read.

The Section will meet on Wednesday, Thursday and Friday, July 29th, 30th, and 31st, at 10 a. m., adjourning at 1 p. m. each day.

The following subjects have been selected for special discussion:—

1. Wednesday, July 29th. — „Chronic Inflammation of the Pharynx." To be opened by Dr. James Barry Ball and Dr. Peter McBride.
2. Thursday, July 30th. — „The Diagnosis and the Intracranial Complications of Middle-Ear Suppuration." To be opened by Mr. Charles A. Ballance, M.V.O., and Mr. Arthur L. Whitehead.
3. Friday, July 31st. — „The Methods of Dealing with Suppuration in the Maxillary Antrum." To be opened by Dr. St. Clair Thomson and Dr. Arthur Logan Turner.

William Smith Kerr, M.B., 281, Glossop Road, Sheffield, } Hon. Secs.
Hunter F. Tod, F.R.C.S., III, Harley Street, London, }

In order to save time and correspondence all communications relating to the exhibition of preparations, instruments, &c., may be addressed to Dr. W. S. Kerr, 281, Glossop Road, Sheffield; and all others relating to papers and discussions to Mr. Hunter F. Tod, 111, Harley Street, London, and marked „Section of Laryngology, Otology and Rhinology".

Regulations for the Conduct of Sections.

1. Papers at the Sectional Meetings must not occupy more than Fifteen minutes in reading, and no subsequent speech must exceed Ten minutes.

2. Authors are requested to send short abstracts of their papers not later than Saturday, May 30th.

3. The text of Papers submitted for publication in the „British Medical Journal" as part of the report of the Section should represent what is actually read in the Section.

4. Each author should hand the text of his Paper in proper form for publication to one of the Secretaries of the Section immediately after it is read, or at the latest at the end of the day's meeting of the Section. Neglect to comply with this request may result in the omission of the Paper in question from the proceedings of the Section published in the „British Medical Journal".

5. Papers read are the property of the British Medical Association, and cannot be published elsewhere than in the „British Medical Journal" without special permission.

6. Authors of Papers not read have no claim for the publication of their Papers in the „British Medical Journal". Papers cannot be taken as read. If not read they form no part of the proceedings of the Section.

By order of the Council,
Guy Elliston, General Secretary.

Internationaler Congress für Laryngologie und Rhinologie.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

Folgende weitere Details sind uns aus dem Büreau des Congresses mitgetheilt worden.

Vorläufiges Programm.

Montag, 20. April, Abends 8 Uhr: Zwanglose Zusammenkunft der Congressmitglieder in der Volkshalle des Rathhauses, I. Bezirk, Dr. Karl Lueger-Platz, woselbst auch Speisen verabreicht werden.

Dienstag, 21. April, 11 Uhr Vormittags: Die feierliche Eröffnung des Congresses und der Ausstellung in den Festräumen der Universität, I. Bezirk, Franzensring.

Vorläufiges Programm für die Eröffnungssitzung:

1. Begrüssung und Eröffnung des Congresses durch den Präsidenten, Hofrath Professor Dr. O. Chiari (Wien).
2. Bericht des Generalsecretärs, Professor Dr. M. Grossmann (Wien).
3. Ansprachen (die Reihenfolge wird später bekannt gegeben).
4. Festrede auf Türck und Czermak, gehalten vom Ehrenpräsidenten, Hofrath Professor Dr. L. Schrötter Ritter von Kristelli (Wien).
5. Eröffnung der Ausstellung.

Dienstag, 21. April, Nachmittags 4 Uhr: Besichtigung der Universitäts-Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrathes Prof. Chiari im Allgemeinen Krankenhause (IX., Alserstrasse 4), der Laryngologischen Abtheilung des Docenten Dr. Koschier an der Wiener Allgemeinen Poliklinik (IX., Mariannengasse 10) und des Ambulatoriums des Docenten Dr. Hajek (IX., Beethovengasse 6).

Das detaillirte Programm der gesellschaftlichen Veranstaltungen wird später ausgegeben. Das Bankett dürfte am 23. April, Abends um 7 Uhr, im Hotel Continental (II., Praterstrasse 7) stattfinden. Die Mitglieder und ihre Damen werden gebeten, an dem Bankett (Preis 20 Kr. pro Person, inclusive Getränke) theilzunehmen und sich zu diesem Zwecke bei unserem Kassirer, Dr. G. Scheff, Wien, I., Hoher Markt 4, anzumelden. Nach Einsendung von 20 Kr. pro Person an unseren Kassirer werden die Bankettkarten übersandt werden.

Die Stadt Wien hat die Congressisten und ihre Damen zu einem Bankett im Rathhause eingeladen.

Damen-Comité.

Das Damen-Comité hat sich bereits constituirt und wird demnächst ein Vergnügungsprogramm für die Damen der Congressmitglieder ausarbeiten.

Wissenschaftliche Verhandlungen

in dem Sitzungssaale der Gesellschaft der Aerzte, IX. Bezirk, Frankgasse 8.

Von Mittwoch, 22. April, bis Samstag, 25., finden täglich von $\frac{1}{2}$10 Uhr Vormittags bis 1 Uhr Nachmittags und von $\frac{1}{2}$3 Uhr bis 5 Uhr Nachmittags wissenschaftliche Sitzungen statt. Jede dieser Sitzungen soll durch ein Referat eingeleitet werden, an das sich dann die Vorträge in der Reihenfolge der Anmeldungen anschliessen. In der Reihenfolge der Vorträge tritt insofern eine Aenderung ein, als sämmtliche Wiener Collegen zu Gunsten der Gäste von ihrer infolge der Anmeldung erworbenen Rangordnung zurücktreten. Auch müssen sich die Vorsitzenden Aenderungen in der Reihenfolge vorbehalten.

Demonstrationen von Kranken finden Mittwoch, den 22. April, Nachmittags nach dem Referate statt.

Referate. — Rapports. — Reports.

Mittwoch, 22. April, Vormittags. — Mercredi, 22. April, avant-midi:

B. Fränkel (Berlin), Referent. — Lermoyez (Paris), Correferent:

Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medicinischen Standpunkt. — Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten. Discussion. Vorträge.

Nachmittags — après-midi:

Onodi (Budapest), Referent. — Kuhnt (Königsberg), Correferent:

Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit denen des Auges. Discussion. Vorträge.

Donnerstag, 23. April, Vormittags. — Jeudi, 23. Avril, avant-midi:

Sir Felix Semon (London), Referent:

Die Allgemeinbehandlung localer Leiden der oberen Luftwege. Discussion. Vorträge.

Nachmittags — après-midi.

Burger (Amsterdam), Referent. — Gradenigo (Turin), Correferent:

Die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Röntgenstrahlen und des Radiums in der Laryngologie und Rhinologie. Discussion. Vorträge.

Freitag, 24. April, Vormittags. — Vendredi, 24. April, avant-midi:

Gleitsmann (New-York), Referent. — Heryng (Warschau), Correferent:

Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege. Discussion. Vorträge.

Nachmittags — après-midi:

Vorträge. — Communications. — Papers.

Samstag, 25. April, Vormittags. — Samedi, 25. Avril, avant-midi:

Jurasz (Heidelberg), Referent:

Internationale Laryngo-Rhinologen-Congresse. Discussion. Vorträge.

Nachmittags: Vorträge.

Angemeldete Vorträge. — Communications. — Papers.

1. Gluck (Berlin): Die Chirurgie im Dienst der Laryngologie (mit Demonstration von Patienten).
2. Heymann (Berlin): Das Liston-Garcia'sche Princip.

3. Heryng (Warschau): Ueber Inhalationstherapie.
4. Flatau (Berlin): Neuere Erfahrungen über die Phonasthenie.
5. Grossmann (Wien): Ueber die intrabulbären Verbindungen des Trigeminus zum Vagus.
6. Baumgarten (Budapest): Kehlkopf- und Oesophagusstenose und ihr Einfluss auf die Geschlechtsorgane.
7. Imhofer (Prag): Die Kenntniss der Kehlkopftuberkulose im griechischen und römischen Alterthum.
8. Massei (Neapel): Riesengeschwülste im Larynx.
9. Denker (Erlangen): Die operative Behandlung der malignen Tumoren der Nase.
10. J. Oller Rabasa (Barcelona): Thema vorbehalten.
11. Killian (Freiburg i. Br.): Die Röntgenphotographie im Dienste der Rhinologie (und eine Demonstration).
12. v. Eicken (Freiburg i. Br.): Unsere Erfahrungen mit der Killian'schen Stirnhöhlenoperation (und eine Demonstration).
13. Brünings (Freiburg i. Br.): Ueber technische und klinische Fortschritte auf dem Gebiete der Bronchoskopie (und eine Demonstration).
14. Nägeli-Ackerblom (Genf): Therapie bei Rachen- und Halskrankheiten in Genf um 1700.
15. Emil Glas (Wien): Zur Kritik der Massei'schen Gesetze.
16. Emil Glas und Emil Kraus (Wien): Kehlkopftuberculose und Gravidität.
17. Ullmann (Wien): Beiträge zum Verhältniss zwischen Exanthemen und Enanthemen bei typischen Dermatosen.
18. Katzenstein (Berlin): Ueber Versuche am Gyrus praecrucialis Owen.
19. Sedziak (Warschau): Die Frage der Radicalbehandlung des Kehlkopfkrebses in den letzten 50 Jahren (1858—1908).
20. Alb. Blau (Görlitz): Ueber Sensibilität und Reflexbahnen des Larynx.
21. Réthi (Wien): a) Indicationen der Operationen an der Nasenscheidewand.
22. Réthi (Wien): b) Einiges über die Pendelzuckung.
23. Onodi (Budapest): Ueber den diagnostischen Werth der Stirnhöhlendurchleuchtung.
24. Marquis (Chicago): Enucleatio tonsillae (Demonstration).
25. Brieger (Breslau): Ueber die Bedeutung der Befunde von Rachenmandeltuberculose.
26. Jörgen Möller (Kopenhagen): Beiträge zur Kenntniss des Mechanismus der Brust- und Falsettstimme.
27. Struycken (Breda): Die optische Beobachtung von Luftschwingungen (Vocalklänge, Galtontöne etc.) und deren photographische Aufnahme (mit Demonstration).
28. Otto Mayer (Graz): Demonstration mikroskopischer Präparate.
29. Hajek (Wien): Meine Erfahrungen über meine endonasale Radicaloperation der Keilbeinhöhle.
30. Kanasugi (Tokyo): Ueber die Kehlkopfstörungen bei Beri-Beri.
31. Vohsen (Frankfurt a. M.): a) Neue Behandlungsmethode des Nasenrachenkatarrhs und der Rhinitis vasomotorica.
32. Vohsen (Frankfurt a. M.): b) Operation der bösartigen Mandelgeschwülste.
33. Vohsen (Frankfurt a. M.): c) Methodik der Stirnhöhlen- und Kieferhöhlendurchleuchtung (mit Demonstration eines neuen Instruments).
34. Moure (Bordeaux): Considération sur la Trachéotomie-Thyrotomie.
35. Fein (Wien): Zur Fensterresection der Nasenscheidewand.
36. Hugo Stern (Wien): Ueber Störungen der Sprache und Stimme bei Nervenkrankheiten.
37. Koschier (Wien): Die operative Behandlung des Larynxcarcinoms.
38. Schiffers (Liège): Trophödeme des Larynx.
39. Hennig (Königsberg): Der Einfluss der deutschen Meere (Nord- und Ostsee) auf die Tuberculose der oberen Luftwege.
40. Mahu (Paris): Emploi de la baisse-langue autostatique en Rhino-Laryngologie.

*41. Tapia (Madrid): a) Observations personnelles de corps étrangers des premiers voies respiratoires et digestives, enlevés au moyen de l'esophagoscopie et de la trachéo-bronchoscopie directes.
*42. Tapia (Madrid): b) Collection des moulages en cire représentant des diverses lésions ésophagiques observées dans ma clinique.
*43. Della Vedova (Mailand): Sur quelques points rélatifs au développement des cavités nasales de l'homme.
*44. Della Vedova und Clerc (Mailand): Considérations cliniques et recherches histopathologiques dans les rhinites hypertrophiques.
*45. Weil (Wien): Ueber die conservative Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.
*46. Harmer (Wien): Ueber Lähmungen der Stimmlippen nach Strumaoperationen.
*47. Cauzard (Paris): a) De l'esthétique dans le traitement chirurgical des sinusites frontales.
*48. Cauzard (Paris): b) Ostéo-fibrome du maxillaire supérieur ayant comblé la cavité du sinus.
*49. Cauzard (Paris): c) Extraction de deux arrêtes et d'une vertèbre de poisson munie de 2 arrêtes, de la trachée et du larynx d'un enfant de 18 mois par la méthode de Killian.
*50. Kahler (Wien): Ueber die Erfolge der radicalen Behandlung der Nebenhöhleneiterungen.
*51. Löwe (Berlin): a) Ueber die Freilegung des Naseninnern vom Munde aus.
*52. Löwe (Berlin): b) Ueber die Aufdeckung der Hypophysis.
*53. L. Clerc (Mailand): Rilievi istopatologici sopra alcune neoplasie della laringe.
*54. Pardi (Mailand): Des caractères histologiques de quelques tumeurs nasales et du rhinopharynx.
*55. Scheier (Berlin): Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Rhinologie.
*56. Texier (Nantes): Sur deux cas de corps étrangers des bronches; extraction par la bronchoscopie inférieure.
*57. Mermod (Lausanne): Résection soumuqueuse de la cloison et ozène.
58*. Niessl v. Mayendorf (Leipzig): Ueber den Mechanismus der cerebralen Schlinglähmung (mit Demonstration).
*59. Tilley (London): Some points in the differential diagnosis of chronic suppurative pan-sinisutis.
*60. Mader (München): Weitere Mittheilungen über Röntgen-Therapie und Diagnostik in den oberen Luftwegen.
*61. Spiess (Frankfurt a. M.): a) Ueber die Bedeutung der Anästhesie bei der Behandlung von Entzündungen etc. etc.
*62. Spiess (Frankfurt a. M.): b) Die Behandlung der Kehlkopfpapillome.
*63. Kren (Wien): Einige seltene Dermatosen und ihre Localisation auf Mund- und Larynxschleimhaut (Demonstration von Kranken).
*64. Donogány (Budapest): a) Ueber nasales Asthma.
*65. Donogány (Budapest): b) Die Reflexneurose der Nase und ihre Beziehungen zum Asthma.
*66. Melzi (Mailand): Ueber vier Fälle von Laryngotrachealstenose, durch Laryngotomie geheilt.
*67. Laker (Graz): Zur Frage der Entstehung und Heilung des Stimmbandkrebses.
*68. Dreifuss (Strassburg i. E.): Die Bekämpfung der Kehlkopftuberculose.
*69. Aboulker (Algier): a) Névralgie fronto-occipale par fibro-sarcome diffus du naso-pharynx.
*70. Aboulker (Algier): b) Trois cas de pseudo-hémoptisies d'origine naso-pharyngienne.
*71. Aboulker (Algier): c) Odontome de la base du crâne..
*72. Aboulker (Algier): d) Trombo-phlébite des sinus caverneux.
*73. Plesch (Budapest): Zur Behandlung der functionellen Sprachstörungen.
*74. Kuttner (Berlin): Was leistet die Röntgenphotographie für die Diagnose und Therapie der Nasennebenhöhlenerkrankungen? (Demonstration, Theatergläser erwünscht).

*75. Garel (Lyon): L'enrouement de l'enfance.
*76. Heryng (Warschau): Die Technik der chirurgischen Behandlung der Larynxphthise (mit Demonstration von Zeichnungen und Instrumenten).
*77. Claoué (Bordeaux): Des phlegmons de l'orbite consécutifs aux sinusites fronto-maxillaires.
*78. Guisez (Paris).
*79. Gutzmann (Berlin): Ueber die Stimme und Sprache der Laryngectomirten.
*80. Fein (Wien): Demonstration eines Instruments.

* Nach dem 31. December 1907 angemeldet.

Das Bureau des Congresses befindet sich vom 14. bis 27. April im Hause der Gesellschaft der Aerzte (IX., Frankgasse 8) und wollen von da an alle Anfragen dahin gerichtet werden.

Während der Tagung des Congresses wird ein Tageblatt erscheinen und den Congressmitgliedern zur Verfügung stehen.

In dem Hause der Gesellschaft der Aerzte (IX., Frankgasse 8) ist ein Raum für Spiegeluntersuchungen vorgesehen.

Ausstellung.

Gleichzeitig mit dem in Wien vom 21. bis 25. April 1908 tagenden „Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress" wird in den Räumen der k. k. Universität eine Ausstellung von Objecten, welche auf die Laryngologie und Rhinologie, Oesophagoskopie und Bronchoskopie Bezug haben, stattfinden. Zur Ausstellung gelangen: Untersuchungs-, Operations- und Behandlungs-Instrumente, Inhalations-, elektromotorische Beleuchtungsapparate und sonstige technische Hülfsmittel, Prothesen etc., ferner Handschriften, Bücher, Präparate, Abbildungen etc.

Bisher sind 68 Aussteller gemeldet: in beschränkter Anzahl können Anmeldungen noch bis zum 1. April angenommen werden. Unter den Ausstellern sind mehrere Kliniken und wissenschaftliche Institute, zahlreiche Fachmänner aus verschiedenen Ländern und die bekanntesten Fabrikanten von einschlägigen Instrumenten, von Apparaten und pharmaceutischen Präparaten vertreten. Hervorzuheben wäre noch, dass zahlreiche Manuscripte der durch den Congress zu feiernden Gelehrten Türck und Czermak, sowie von ihnen benutzte Instrumente (u. a. die von Türck und Czermak zuerst gebrauchten Kehlkopfspiegel) ausgestellt werden. Besonderes Interesse dürfte auch die Türck'sche Bildersammlung (Originalaquarelle von der Meisterhand Elfinger's, unter Türck's Leitung verfertigt) erwecken.

Diverses.

Jene Herren, die einen Gipsabguss der Büste Türck's zu erwerben wünschen, können diese um den Betrag von 12 Kr. durch das Bureau des Congresses vom Kunstgiesser Schroth, Wien, XII., Dunklergasse 14, beziehen.

Gipsabgüsse der Büste Czermak's sollen angefertigt werden, wenn eine grössere Zahl von Congressmitgliedern dies wünscht.

Delegirte	**Délégués**	**Delegates**
a) von Gesellschaften:	a) de Sociétés:	a) of Societies:

1. H. van Anrooy, Dr., Rotterdam; Burger, H.*), Prof. Dr., Amsterdam; A. C. H. Moll, Dr., Arnhem — Nederlandsche Keel-, Neus- en Oorheelkundige Vereeniging.
2. Barth*), Prof. Dr., Leipzig, Sächsisch-Thüringische Ohren- und Kehlkopfärzte in Leipzig.
3. Bayer, L., Dr., Brüssel; Broeckaert, Gand; Capart, A., Dr., Brüssel; Eeman, E.*), Prof., Gand; Schiffers, T.*), Prof., Liège — Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.

*) Sind auch Vertreter von Universitäten.

4. Cisneros-Sevillano, Juan, Dr., Madrid, Academia Medico Quirurgica Española Madrid.
5. Grazzi, Vittorio, Prof. Dr., Florenz, Società Italiana di Laringologia. d'Otologia e di Rinologia.
6. Heymann, P., Prof., Berlin, Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.
7. Jurasz, A.*), Prof. Dr., Heidelberg, Verein süddeutscher Laryngologen.
8. Kanasugi, Dr., Hakase, Tokio, Japanische Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft.
9. v. Navratil, Imre*), Hofrath Prof., Budapest, Rhino-laryngologische Section des königl. ungar. Aerztevereines in Budapest.
10. Neumayer, Doc. Dr., München, Laryngo-otologische Gesellschaft in München.
11. Newcomb, J. E., Dr., New York, Americen Laryngological Association New York.
12. Wirklicher Geheimer Rath Moritz Schmidt †, Frankfurt a. M., Deutsche Laryngologische Gesellschaft.
13. Sir Felix Semon***), Prof., London, Laryngological Section of Royal Society of Medicine.
14. Sokolowski, Dr., Warschau, Warschauer laryngologische Gesellschaft.
15. Stucky, Dr., New York, The American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology.
16. (Noch nicht nominirt), Oto-Laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

b) von Universitäten: b) d'Universités: b) of Universities:

1. Barth**), Prof. Dr., Leipzig.
2. Burger, H.*), Prof, Dr., Amsterdam.
3. Butler, Margaret, Prof. Dr., Philadelphia.
4. Capart, A.**), Dr., Cheval, V., Dr., Brüssel.
5. Collet, M., Prof. Dr., Lyon.
6. Denker, A., Prof. Dr., Erlangen.
7. Dennis, Fr., Prof. Dr., New York.
8. Eeman, E.**), Prof. Dr., Gand.
9. Flaivre, Prof. Dr., Poitiers.
10. Frankenberger, Prof. Dr., Prag (böhmische Facultät).
11. von Gámán, Doc. Dr., Kolozsvár.
12. Gaudier, Prof. Dr., Lille.
13. Habermann, Joh., Prof. Dr., Graz.
14. Hirsch, Prof. Dr., Göttingen.
15. Trevelyan, E. F., Dr., Leeds.
16. Jurasz, A.**), Prof. Dr., Heidelberg.
17. Killian, Prof. Dr., Freiburg i. B.
18. Kon, P. Th. L., Prof. Dr., Leiden.
19. Leutert, Prof. Dr., Giessen.
20. Lichtheim, Prof. Dr., Königsberg.
21. Loeb, Hanau W., Prof. Dr., St. Louis.
22. Lüscher, Prof. Dr., Bern.
23. Mackenzie, Prof. Dr., Baltimore.
24. Mermod, Prof. Dr., Lausanne.
25. Moure, Prof. Dr., Bordeaux.
26. Mouret, Prof. Dr., Montpellier.
27. v. Navratil, Imre**), Hofrath Prof. Dr., v. Grósz, Emil, Prof. Dr., Budapest.
28. Oloriz, Frederico, Prof. Dr., Granada.
29. Ostmann, Prof. Dr., Marburg.
30. Paterson, D. R., Dr., Cardiff.
31. Pieniazek, Przemyslaus, Prof. Dr., Krakau.
32. Schadle, Prof. Dr., Minneapolis.
33. Schiffers, T.**), Prof. Dr., Liège.
34. Schmidt, Prof. Dr., Halle-Wittenberg.
35. Tapia, Dr., Madrid (Instito Rubio).
36. Turner, Logan A., Dr., Edinburgh.
37. Uchermann, Prof. Dr., Christiania.
38. Waggett, Ernest Blechydon, Dr., Cambridge.
29. Watson, Williams, Dr., Bristol.
40. (Noch nicht nominirt), Boston.

c) of the Royal College of Physicians of London:

Sir Felix Semon, London.

*) Sind Vertreter von Universitäten.
**) Sind auch Vertreter von Gesellschaften.
***) Ist auch Vertreter des Roy. Coll. of Phys. of London.

Mitglieder. — Membres. — Members.

Oesterreich-Ungarn.

1. Bien, Doc. Dr. Karl, Wien.
2. Bienenstock, Dr. David, Wien.
3. Bondy, Dr. Fritz, Wien.
4. Braun, Dr. Josef, Wien.
5. Chiari, Hofrath Prof. Dr. Ottokar, Wien.
6. Dobija, Dr. Franz, Wien.
7. Ebstein, Dr. Ludwig, Wien.
8. Fein, Doc. Dr. Johann, Wien.
9. Glas, Dr. Emil, Wien.
10. Goldschmid, Dr. David, Wien.
11. Grossmann, Prof. Dr. Michael, Wien.
12. Hajek, Doc. Dr. Markus, Wien.
13. Hanszel, Dr. Friedrich, Wien.
14. Harmer, Doc. Dr. Leopold, Wien.
15. Heindl, Dr. Adalbert, Wien.
16. Herrmann, Dr. Viktor, Wien.
17. Herrnheisser, Dr. Wilhelm, Wien.
18. Hirsch, Dr. Oskar, Wien.
19. Hutter, Dr. Fritz, Wien.
20. Ivonsky, Dr. Emil v., Wien.
21. Kahler, Dr. Otto, Wien.
22. Kofler, Dr. Karl, Wien.
23. Koschier, Doc. Dr. Johann, Wien.
24. Kraus, Dr. Emil, Wien.
25. Kren, Dr. Otto, Wien.
26. Kunwald, Dr. Lothar, Wien.
27. Landesberg, Dr. Rudolf, Wien.
28. Laub, Dr. Moritz, Wien.
29. Läufer, Dr. Vincenz, Wien.
30. Leipen, Dr. Otto, Wien.
31. Lermer, Dr. Simon, Wien.
32. Masehik, Dr. Hermann, Wien.
33. Menzel, Dr. Karl M., Wien.
34. Müller, Dr. Karl II, Wien.
35. Neumann, Dr. Heinrich, Wien.
36. Ofensetzer, Dr. Friedrich, Wien.
37. Panzer, Dr. Bernhard, Wien.
38. Pollak, Dr. Otto, Wien.
39. Popovic, Dr. Demet., Wien.
40. Reder, Dr. Berthold, Wien.
41. Reiss, Dr. Rudolf, Wien.
42. Réthi, Doc. Dr. Leopold, Wien.
43. Rocco, Dr. Anton, Wien.
44. Roth, Doc. Dr. Wilhelm, Wien.
45. Scheff, Dr. Gottfried, Wien.
46. Schrötter, Dr. Hermann v., Wien.
47. Schrötter, Hofrath Prof. Dr. Leopold v., Wien.
48. Sperber, Dr. Joachim, Wien.
49. Spitzer, Dr. Franz, Wien.
50. Stein, Dr. Konrad, Wien.
51. Stern, Dr. Hugo, Wien.
52. Ullmann, Doc. Dr. Karl, Wien.
53. Weil, Dr. Moritz, Wien.
54. Weleminsky, Dr. Josef, Wien.
55. Lantin, Dr. Gustav, Baden bei Wien.
56. Eberstaller, Dr. Ignaz, Linz.
57. Erben, Dr., Graz.
58. Habermann, Prof. Dr. Joh., Graz.
59. Laker, Doc. Dr. Karl, Graz.
60. Mayer, Dr. Otto Julius, Graz.
61. Pollak, Dr. Eugen, Graz.
62. Veth, kais. Rath Dr. Felix, Lussinpiccolo.
63. Frankenberger, Prof. Dr. Ottokar, Prag.
64. Imhofer, Dr. Richard, Prag.
65. Steiner, Dr. Rudolf, Prag.
66. Pieniazek, Prof. Dr. Przemyslaus, Krakau.
67. Schoengut, Dr. Stephan, Krakau.
68. Poras, Dr. Josef, Czernowitz.
69. Baumgarten, Doc. Dr., Budapest.
70. Donogány, Doc. Dr. Budapest.
71. Grósz, Prof. Dr. Emil v., Budapest.
72. Irsai, Prof. Dr. A., Budapest.
73. Lénárt, Dr. Zoltán, Budapest.
74. Morelli, Doc. Dr. Karl, Budapest.
75. Navratil, Hofrath Prof. Dr. Imre, Budapest.
76. Onodi, Prof. Dr. Adolf, Budapest.
77. Plesch, Dr., Budapest.
78. Polyák, Dr., Budapest.
79. Zwillinger, Dr., Budapest.
80. Gámán, Doc. Dr. Béla v., Kolozsvár.
81. Catti, Dr., Fiume.

De l'Etranger.

82. Baginsky, Prof. Dr. B., Berlin.
83. Benkoff, Dr., Berlin.
84. Boldt, Dr., Berlin.
85. Cordes, Dr. H., Berlin.
86. Flatau, Theodor S., Berlin.
87. Fränkel, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. B., Berlin.
88. Gluck, Prof. Dr., Berlin.
89. Gutzmann, Dr. Hermann, Berlin.
90. Hartmann, Prof. Dr. A., Berlin.
91. Herzfeld, Dr. J., Berlin.
92. Heymann, Prof. Dr. P., Berlin.
93. Katzenstein, Dr. Jakob, Berlin.
94. Kuttner, Prof. Dr. A., Berlin.
95. Löwe, Dr. L., Berlin.
96. Loewenberg, Dr. Richard, Berlin.
97. Nast, Dr., Berlin.
98. Pielke, Dr. W., Berlin.
99. Rosenberg, Prof. Dr. Albert, Berlin.

100. Scheier, Dr. M., Berlin.
101. Schoetz, San.-Rath Dr. Paul, Berlin.
102. Siegel, Dr., Berlin.
103. Wehmer, Reg.- u. Geh. San.-Rath Dr., Berlin.
104, Ruprecht, Dr. Max, Bremen.
105. Noltenius, Dr. Ch., Bremen.
106. Winckler, Dr., Bremen.
107. Brieger, Primararzt Dr. Oskar. Breslau.
108. Kuhn, Dr., Kassel.
109. Fackeldey, Cleve.
110. Tornwaldt, San.-Rath Dr., Danzig.
111. Hansberg, Dr., Dortmund.
112. Hoffmann, Dr. R., Dresden.
113. Hopf, Dr., Dresden.
114. Keimer, San.-Rath Dr. Peter, Düsseldorf.
115. Cohnstädt, Dr. E., Erfurt.
116. Denker, Prof. Dr. A., Erlangen.
117. Avellis, Dr. G., Frankfurt a. M.
118. Spiess, Prof. Dr. G., Frankfurt a. M.
119. Vohsen, Dr., Frankfurt a. M.
120. Killian, Prof. Dr. G.. Freiburg i. Br.
121. v. Eicken, Dr., Freiburg i. B.
122. Brünings, Dr., Freiburg i. B.
123. Leutert, Prof. Dr., Giessen.
124. Blau, Dr., Görlitz.
125. Lieven, Dr., Aachen.
126. Hirsch, Prof. Dr., Göttingen.
127. Strübing. Prof. Dr., Greifswald.
128. Schmidt, Prof. Dr., Halle a. S.
129. Thost, Dr. H. A., Hamburg.
130. Löhnberg, Dr., Hamm i. W.
131. Jurasz, Prof. Dr. A., Heidelberg.
132. Joël, Dr., Görbersdorf.
133. Friedrich, Prof. Dr., Kiel.
134. Haenisch, Dr. Harry, Kiel.
135. Gerber, Prof. Dr. P., Königsberg i. Pr.
136. Hennig, San.-Rath Dr. Arthur, Königsberg i. Pr.
137. Kuhnt, Prof. Dr., Königsberg i. Pr.
138. Lichtheim, Prof. Dr., Königsberg i. Pr.
139. Barth, Prof. Dr., Leipzig.
140. Mann, Dr., Dresden.
141. Müller, Dr. Alwin, Leipzig.
142. Nissl v. Mayendorf, Dr., Leipzig.
143. Kabsch, Dr. Hugo, Liegnitz.
144. Ostmann, Prof. Dr., Marburg.
145. Lobstein, Dr., Mühlhausen i. E.
146. Fabian, Dr. R. Th., Mühlhausen a. Rh.
147. Bock, Dr. H., München.
148. Grünwald, Dr. L., München.
149. Hasslauer. Stabsarzt Dr., München.
150. Haug, Doc. Prof., München.
151. Mader, Hofrath Dr., München.
152. Neumayer, Doc. Dr., München.
153. Bernatzky, Dr. Karl, Neisse.
154. Alexander, Dr., Bad Reichenhall.
155. Schmidt, Hofrath Dr., Bad Reichenhall.
156. Blumenfeld. Dr. F., Wiesbaden.
157. Bresgen, Dr. Maxim., Wiesbaden.
158. Kabitzsch, Kurt, Verleger, Würzburg.
159. Mayr, Doc. Dr. K., Würzburg.
160. Schmidt, Dr. Al.. Würzburg.
161. Seifert. Pref. Dr. O., Würzburg.
162. Booth, Dr. Mackenzie, Aberdeen.
163. Aboulker, Dr. Algier.
164. Burger, Prof. Dr. H., Amsterdam.
165. Meyjes, Doc. Dr. W. Posthumus, Amsterdam.
166. Pel, Prof., Dr. P. K., Amsterdam.
167. Zaalberg, Dr. P. J., Amsterdam.
168. Trétrop, Dr., Antwerpen.
169. Moll, Dr. A. C. H., Arnhem.
170. Dimitriadis, Doc. Dr. Dimitri. Athen.
171. Mackenzie, Dr., Baltimore.
172. Berini, Dr. F., Barcelona.
173. Oller, Dr. Rabasa, Barcelona.
174. Lüscher, Prof. Dr., Bern.
175. Bousquet. Dr., Béziers.
176. Claoué, Dr., Bordeaux.
177. Moure, Prof. Dr., Bordeaux.
178. Bronner, Dr. A.. Bradford.
179. Struycken, Dr. H. J. L., Breda.
180. Baber, Dr. C., Brighton.
181. Watson-Williams, Dr.. Bristol.
182. Bayer, Dr. L., Brüssel.
183. Capart père, Dr. A., Brüssel.
184. Capart fils, Dr. A., Brüssel.
185. Cheval, Dr. V., Brüssel.
186. Delsaux, Dr. V., Brüssel.
187. Delstanche, Dr. E., Brüssel.
188. Heyninx, Dr. A., Brüssel.
189. Mihori, Dr., Brüssel.
190. Wodon, Dr. J., Brüssel.
191. Costiniu, Doc. Dr., Bukarest.
192. Elias, Dr., Bukarest.
193. Felix, Dr., Bukarest.
194. Paterson, Dr. D. R., Cardiff.
195. Baradat, Dr., Cannes.
196. Marquis, Dr., Chicago.
197. Uchermann, Prof. Dr., Christiana.
198. Gleason, Dr. J. E., Detroit.
199. Loopuyt, Dr. P. C., Dortrecht.
200. Woods, Dr. Roberts, Dublin.
201. Turner, Dr. A. Logan, Edinburgh.

202. Grazzi, Prof. Dr. Vittorio, Florenz,
203. Dresch, Dr., Foix (Ariège).
204. Hare, Dr. A., Fresno (Kalifornien).
205. Broeckaert, Dr., Gand.
206. Eeman, Prof. Dr. E., Gand.
207. Nägeli-Ackerblom, Dr., Genf.
208. Pugnat, Dr., Genf.
209. Strazza, Dr., Genua.
210. Llobet, Dr. Jose de, Gerona.
211. Kelly, Dr. A. Brown, Glasgow.
212. Oloriz, Prof. Dr. Frederico, Granada.
213. Buscaroli, Dr. Pietro, Imola.
214. Dean, Dr., Jowa City.
215. Taptas, Dr., Konstantinopel.
216. Müller, Dr., Jörgen, Kopenhagen.
217. Schmiegelow, Prof. Dr., Kopenhagen.
218. Mermod, Prof., Lausanne.
219. Trevelyan, Prof. Dr. E. F., Leeds.
220. Kon, Prof. Dr. P. Th. T., Leiden.
221. Schiffers, Prof. Dr. T., Liège.
222. Gaudier, Prof. Dr., Lille.
223. Hunt Middlemas, Dr., Liverpool.
224. Chichele Nourse, Dr. W. J., London.
225. Davis, Dr. Henry J., London.
226. Jenkins, Dr. Percy, London.
227. Jobson Horne, Dr., London.
228. Lake, Dr. R., London.
229. Mayo Collier, Dr., London.
230. Pritchard, Prof. Dr. U., London.
231. Semon, Prof. Dr. Sir Felix, London.
232. Spicer, Dr. Fred., London.
233. Scanes Spicer, Dr., London.
234. Tilley, Dr. H., London.
235. Thomson, Dr. St. C., London.
236. Waggett, Dr. Ernest Blechyndon, London.
237. Collet, Prof. Dr. M., Lyon.
238. Garel, Dr. J., Lyon.
239. Sargnon. Dr., Lyon.
240. Nager, Dr. G., Luzern.
241. Barajos, Dr. Luciano, Madrid.
242. Botella, Dr., Madrid.
243. Cisneros-Sevillano, Prof. Dr. Juan, Madrid.
244. Compaired, Dr. C., Madrid.
245. Forns, Prof. Dr., Madrid.
246. Tapia, Dr. G., Madrid.
247. Urunuela, Prof. Dr. Eustasio, Madrid.
248. Clerc, Dr., Mailand.
249. Labus, Prof. Dr. Carlo, Mailand.
250. Melzi, Dr. U., Mailand.
251. Pardi, Dr., Mailand.
252. Della Vedova, Prof. Dr. T., Mailand.
253. Milligan, Dr. William, Manchester.
254. Moritz, Dr. S., Manchester.
255. Westmacott, Dr. Ma., Manchester.
256. Schädle, Prof. Dr., Minneapolis.
257. Mouret, Prof. Dr., Montpellier.
258. Birkett, Dr. H. S., Montreal.
259. Wagner, Dr. Richard, Montreux.
260. Maljutin, Doc. Dr. Eugen, Moskau.
261. Baudhuin, Dr., Namur.
262. Jacques, Prof. Dr. P., Nancy.
263. Texier, Dr., Nantes.
264. Massei, Prof. Dr. F., Neapel.
265. Trivas, Dr., Nevers.
266. Coggeshall, Dr. Henry, New-York.
267. Dennis, Prof. Dr. Frederick, New-York.
268. Gleitsmann, Dr. J. W., New-York.
269. Lefferts. Dr. G. M., New-York.
270. Mayer, Dr. Emil, New-York.
271. Miller, F. E., New-York.
272. Newcomb, J. E., New-York.
273. Pooly, Dr. Thos. R., New-York.
274. Stucky, Dr., New-York.
275. Mignon, Dr., Nizza.
276. Faraci, Prof. Dr. Giuseppe, Palermo.
277. Cartaz, Dr., Paris.
278. Castex, Dr. André, Paris.
279. Cauzard, Dr., Paris.
280. Chauveau, C., Paris.
281. Furet, Dr., Paris.
282. Grossard, Dr. A., Paris.
283. Guisez, Dr., Paris.
284. Koenig, Dr., Paris.
285. Lubet, Dr. Barbon, Paris.
286. Luc, Dr., Paris.
287. Lermoyez. Dr. Marcel, Paris.
288. Mahu, Dr., Paris.
289. Nikitin, Prof. Dr., Petersburg.
290. Butler, Dr. Margaret, Philadelphia.
291. Braden Kyle, Dr., Philadelphia.
292. Solis-Cohen, Dr. J., Philadelphia.
293. Flaivre, Prof. Dr., Poitiers.
294. Bichaton, Dr., Reims.
295. Ferreri, Prof. Dr. Gherardo, Rom.
296. van Anrooy, Dr. H. Rotterdam.
297. Loeb, Prof. Dr. Hanau W., St. Louis.
298. Mann, Dr. E. L., St. Paul.
299. Lagerlöf, Dr. C. B., Stockholm.
300. Stangenberg, Dr. Emil, Stockholm.
301. Kanasugi, Hakase, Tokio.
302. Gitt Wishard, Toronto.
303. Aliño, Dr. Giner, Valencia.
304. Vargas, Dr., Valladolid.
305. Heryng, Dr. T., Warschau.
206. Sedziak, Dr., Warschau.
307. Sokolowski, Dr., Warschau.
308. Slotemaker, Dr. A. W., Zwolle.

Geschäftsordnung.

Art. 1. Der Internationale Laryngo-Rhinologen-Congress in Wien findet vom 21. bis 25. April 1908 statt und wird aus Anlass des 50jährigen Jubiläums der laryngologisch-rhinologischen Wissenschaft mit einer Türck-Czermak-Feier verbunden sein.

Art. 2. Am Congress sollen ausschliesslich wissenschaftliche Vorträge und Demonstrationen abgehalten werden. Gleichzeitig wird eine Ausstellung von Instrumenten, Präparaten etc. stattfinden.

Art. 3. Die Vorträge sind bis spätestens 31. December 1907 beim Secretär des Congresses anzumelden.

Art. 4. Die Vorträge werden in der Reihenfolge der Anmeldung auf das Programm gesetzt. Die nach dem 31. December 1907 angemeldeten Vorträge können erst nach Absolvirung des bereits festgestellten Programms an die Reihe kommen.

Art. 5. Die Vorträge können in deutscher, englischer und französischer Sprache abgehalten werden.

Art. 6. Für jeden Vortrag sind höchstens 20 Minuten eingeräumt. Bei der Diskussion können die Redner nur 5 Minuten für sich in Anspruch nehmen und zu einem und demselben Vortrag nicht öfter als einmal das Wort ergreifen.

Art. 7. Von jedem Referat wie auch von jedem Vortrag ist bis längstens 31. December 1907 ein kurzes Résumé in einer der vorgenannten drei Sprachen an den Secretär des Congresses einzusenden.

Art. 8. Die Mitgliedstaxe beträgt 25 Kronen = 20 Mark und ist beim Tresorier des Congresses, Herrn Dr. Gottfried Scheff, Wien, I., Hoher Markt Nr. 4, oder bei den Delegirten der einzelnen laryngo-rhinologischen Gesellschaften zu entrichten. Erst auf Grund dieser Bezahlung kann die Mitgliedskarte bezogen werden.

Art. 9. Zur Erinnerung an die Türck-Czermak-Feier wird an die Mitglieder des Congresses eine mit dem Bildnis der beiden Forscher geschmückte Medaille vertheilt werden. Es ist dafür Sorge getragen, dass auch für Nichtmitglieder diese Medaille zum Preise von 20 Kronen erhältlich ist.

Art. 10. Jedes Mitglied hat das Recht auf die gedruckten Sitzungsberichte. Jeder Autor erhält von seinem Referate, respective Vortrage 50 Separatabdrücke.

Art. 11. Wegen der grossen Anzahl der angemeldeten Vorträge wird jeder einzelne der Vortragenden dringend ersucht, sich so kurz als möglich zu fassen und ferner gebeten, unmittelbar nach dem Vortrage ein druckfertiges Manuscript dem jeweiligen Schriftführer zur Verfügung zu stellen. Jeder Herr, der sich an einer Discussion betheiligt, wird ersucht, seine Bemerkungen auf ein zu diesem Zwecke aufgelegtes Formular unmittelbar nach der Discussion niederzuschreiben und sofort dem Schriftführer zu übergeben, weil sonst die von ihm vorgebrachten Ausführungen in den Verhandlungsberichten nicht erscheinen könnten.

Art. 12. Jene Herren, welche Vorträge angemeldet, aber nicht gehalten haben, müssen die druckfertigen Manuscripte spätestens am 25. April, mittags 12 Uhr, dem Generalsecretär überreichen, wenn sie darauf Gewicht legen, dass dieselben in den „Verhandlungen“ erscheinen.



Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, Mai. 1908. No. 5.

I. Der erste internationale Laryngo-Rhinologen-Congress.

Türck-Czermak-Gedenkfeier.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

Wien, am 25. April 1908.

Am heutigen Tage geht ein Congress zu Ende, dessen Leistungen die auf ihn gesetzten Hoffnungen nicht nur erreicht, sondern weit übertroffen haben, und von welchem wohl kein einziger Theilnehmer anders als im höchsten Grade befriedigt heimkehren wird. Er hat vorzügliche wissenschaftliche Leistungen zu Tage gefördert; er hat die Laryngologen aller Länder, die seit so langer Zeit keine Gelegenheit zur Aussprache unter einander gehabt haben, einander genähert; er hat die brennende Frage weiterer Specialcongresse und die noch wichtigere der Vereinigung der Laryngo-Rhinologie mit der Otologie bei internationalen Zusammenkünften für die nächste Zeit gelöst; er hat die Wiener Gastfreundschaft und das Organisationstalent des vorbereitenden Comité's im höchsten Glanze erstrahlen lassen; kein einziger Misston hat ihn getrübt — wenn auch die helle Festesfreude durch den tragischen Tod unseres Seniors: Leopold von Schrötter selbstverständlich stark gedämpft worden ist. — Ich wüsste nicht, was man Besseres von solch einer Zusammenkunft rühmen könnte! —

Die folgenden kurzen, von Tag zu Tage gemachten Aufzeichnungen sollen nur ein Bild von dem Verlaufe des Congresses bringen. Weitere sich an ihn anknüpfende Erörterungen werden bei späteren Gelegenheiten gegeben werden.

Den Beginn des Congresses bildete am Abend des 20. April, dem Ostermontag, eine zwanglose Zusammenkunft in der Volkshalle des Rathhauses, die uns zu diesem Zwecke von den Wiener Stadtbehörden freundlichst zur Verfügung gestellt war. Kurz nach 7 Uhr entwickelte sich in der grossen Halle ein buntes Treiben: ein unversiegbarer Strom von Laryngologen und Laryngologinnen wogte durch die stattliche Halle, alte Freunde begrüssten sich, neue Bekanntschaften wurden geschlossen, und binnen kürzester Zeit war die richtige internationale „Atmosphäre“ hergestellt. Seit langer, langer Zeit waren nicht so viele Vertreter unserer Specialität unter einem Dache vereint gewesen, und unter den Anwesenden



sah man die Mehrzahl der bekanntesten Laryngologen Europa's. Amerika war leider viel weniger zahlreich vertreten, als man dies nach den eingetroffenen Anmeldungen hätte erwarten dürfen. Ein ganz besonderer Stempel wurde der Zusammenkunft durch die glänzenden Leistungen des „ärztlichen Orchesters", eines nur aus Aerzten bestehenden Liebhaberorchesters, aufgeprägt, das uns während des Abends durch Vorführung einer Anzahl speciell wienerischer Orchesterstücke erfreute. Dieselben, meist mit echt wienerischem Feuer fesch, flott und graziös vorgetragen, überragten bei weitem gewöhnliche amateurische Productionen und wurden mit lebhaftestem und allseitigem Beifall aufgenommen. — Auch erfolgte bei dieser Gelegenheit die Vertheilung der von Prof. Marschall ausgeführten künstlerischen Türck-Czermak-Bronzeplaquette, die allen Theilnehmern ein liebes Erinnerungszeichen bleiben wird.

Am Morgen des Dienstag, den 21., fand die Eröffnungssitzung des Congresses und der mit demselben verbundenen Ausstellung in den Festräumen der Universität statt. Der grosse Saal, in dem der feierliche Act vor sich ging, war bis auf den letzten Platz gefüllt. Zunächst begrüsste der Statthalter in Niederösterreich, Graf Kielmansegg, in Vertretung des durch Abwesenheit von Wien am Erscheinen verhinderten Protectors des Congresses, Erzherzog Franz Ferdinand, die Erschienen, dann sprach der Minister, Freiherr von Bienerth, in sehr sympathischer und verständnissvoller Weise über die Bestrebungen der Specialfächer der Medicin, namentlich der Laryngologie, ihm folgte die Begrüssungsrede des Vicebürgermeisters von Wien (der Bürgermeister, Dr. Lueger, wurde durch Krankheit am Erscheinen verhindert), und dann hielt der Präsident des Congresses, Hofrath Professor Chiari, in deutscher, französischer und englischer Sprache eine herzliche Begrüssungsrede, die in dem beifälligst aufgenommenen Vorschlag endete, S. M. dem Kaiser Franz Josef, dessen 60jähriges Regierungsjubiläum der Redner in warmen Worten streifte, sowie dem Protector des Congresses, Erzherzog Franz Ferdinand, Huldigungstelegramme zu senden. — Es folgten sodann Ansprachen seitens der Vertreter fremder Regierungen. Besonders herzlich wurde der Vertreter Japans, das zum ersten Male officiell repräsentirt war, Professor Kanasugi, empfangen. Für Amerika, dessen angemeldete Vertreter nicht erschienen waren, ergriff eine beherzte Laryngologin, Mrs. Dr. Butler aus Philadelphia, das Wort, und erledigte sich ihrer Aufgabe in durchaus sachentsprechender Weise. —

Nunmehr erstattete der Generalsecretär, Prof. Grossmann, seinen Bericht, dem wir folgende statistisch interessante Mittheilungen entnehmen:

Es haben 137 inländische, 288 ausländische Collegen ihre Theilnahme angemeldet. Von 14 Regierungen sind 14, von 4 Academien 4, von 18 laryngologischen Gesellschaften 27, von 46 Universitäten 46 Delegirte entsendet worden.

Zum Congress haben sich eingefunden:

aus Algier	1
„ Argentinien	2
„ Belgien	14
„ Brasilien	1
„ Bulgarien	2

aus	Dänemark	3
„	Deutschland	99
„	Frankreich	34
„	Griechenland	1
„	Grossbritannien und Irland	33
„	Holland	13
„	Island	1
„	Italien	16
„	Japan	2
„	Kanada	1
„	Norwegen	3
„	Oesterreich-Ungarn	159
„	Portugal	1
„	Rumänien	6
„	Russland	17
„	Schweden	4
„	der Schweiz	8
„	Serbien	2
„	Spanien	18
„	den Vereinigten Staaten von Nordamerika	28 Mitglieder.

Es entfallen sonach auf:

Afrika	1
Amerika	31
Asien	2
Australien	0
Europa	433 Congressmitglieder.

Es sind also im Ganzen 467 Theilnehmer des Congresses zu verzeichnen*).

Endlich hielt der Wiener Senior unseres Faches, Hofrath Leopold von Schrötter, von herzlichem Beifall begrüsst, die Festrede auf Türck und Czermak, und entwarf in grossen Zügen ein Bild der von diesen Männern angebahnten Entwickelung der Laryngologie.

Den Schluss des Festacts bildete die Eröffnung der Ausstellung, welche ebenfalls in der Universität ein Heim gefunden hatte. Es war keine kleine Aufgabe, so kurze Zeit nach der bei Gelegenheit des Fränkel-Jubiläums stattgehabten grossartigen laryngologischen Ausstellung wiederum Interessantes zu bringen; es ist dies aber unseren Wiener Collegen glänzend gelungen. Namentlich der historische Theil: die ursprünglichen von Türck, Czermak, Schrötter und Störk gebrauchten Instrumente, die Originale der wunderbaren Illustrationen des Türck'schen Atlas, die von den Meisterhänden Heitzmann's und Elfinger's stammen, und die bis zu diesem Augenblicke niemals übertroffen, wenn überhaupt

*) Hierzu ist indessen zu bemerken, dass obige Liste den Anmeldungen, nicht der thatsächlichen Theilnahme entspricht. So sind sicherlich nicht 28, sondern höchstens 3—4 amerikanische Specialcollegen anwesend, und auch bei anderen Ländern, z. B. bei Frankreich, dürften bedeutende Reductionen gemacht werden müssen. F. S.

je erreicht worden sind; ferner die hochinteressante Sammlung pathologischer Präparate der Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten, die Trockenpräparate Hajek's, die Onodi'schen Tafeln, die aus der Riehl'schen dermatologischen und syphilodologischen Klinik stammenden Bilder und Moulagen, und die Museumspräparate des K. K. Anatomischen Instituts, welche die Grundlage zu dem klassischen Werke Zuckerkandl's bilden und grösstentheils von ihm selbst präparirt sind, begegneten allgemeinem Interesse*).

Am Nachmittag des Eröffnungstages fanden interessante Demonstrationen in den Kliniken und Polikliniken von Chiari, Riehl (Schleimhautenantheme), Koschier und Hajek statt, und Abends veranstalteten v. Schrötter und Chiari private Bankette für eine grössere Anzahl von Congresstheilnehmern, während andere sich am Besuch verschiedener Theater, für welche in liberalster Weise Freikarten zur Verfügung gestellt waren, erfreuten.

Am 22. Nachmittags.

Soweit war ich mit meinem Bericht gekommen, als mir heute früh die erschütternde Kunde zuging, dass Leopold von Schrötter, der, wie im letzten Satze mitgetheilt, noch gestern Abend eine grössere Anzahl der Congresstheilnehmer in seinem gastfreien Hause empfangen und sich von denselben in fröhlichster Stimmung und anscheinend bester Gesundheit kurz vor Mitternacht verabschiedet hatte, kaum eine Stunde später einer Herzlähmung erlegen sei! — — —

Brauche ich zu sagen, dass wir alle unter dem Eindruck dieses tragischen Ereignisses stehen, das einen tiefen Schatten auf den Congress geworfen hat, dessen Aussichten noch gestern Abend so lichte und freudige zu sein schienen! — Als wir uns zur festgesetzten Stunde zum Beginn unserer Arbeiten versammelten, machte Chiari von dem Heimgang unseres Ehrenpräsidenten in ebenso tief empfundener wie formvollendeter Rede, die von der Versammlung stehend angehört wurde, Mittheilung. Dann vertagte sich der Congress auf $1^1/_2$ Stunden, während dem Vorschlag des Präsidenten gemäss, eine kleine Deputation, bestehend aus ihm selbst, dem Generalsecretär, B. Fränkel, Lermoyez, Massei und dem Unterzeichneten, sich nach dem Trauerhause begab, um der so schwer betroffenen Familie das innige Beileid des Congresses auszudrücken.

Wir wurden von dem tiefgebeugten Sohne, unserem Collegen Hermann von Schrötter, empfangen, der uns für unsere Theilnahme dankte und im Sinne des Verstorbenen dringend darum bat, dass, so erschütternd das Ereigniss auch sei, die Thätigkeit des Congresses in keiner Weise durch dasselbe gestört werden möge.

Mit dieser Botschaft kehrten wir zum Congress zurück, und im Sinne des Heimgegangenen begannen wir sofort unsere Arbeit**).

---

*) Weitere Mittheilungen über die Ausstellung, sowie einen detaillirten Bericht über die wissenschaftlichen Discussionen des Congresses hat uns College Hanszel freundlichst zugesagt.

**) Von Leopold von Schrötter's Werden und Wirken soll in der nächsten Nummer des Centralblatts ein ausführlicheres Bild gegeben werden.

Zu Ehrenpräsidenten wurden die Folgenden erwählt:

Allemagne	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. B. Fränkel, Berlin.
Argentine	Dr. Escutary, Buenos-Aires.
Belgique	Prof. Schiffers, Liège.
Danemarc	Prof. Dr. Schmiegelow, Kopenhagen.
Espagne	Prof. Dr. Oloriz, Granada.
Etats-Unis de Nord-Amérique	Frau Prof. Margaret Butler, Philadelphia.
France	Dr. Marcel Lermoyez, Paris.
Grande Bretagne	Prof. Dr. Sir Felix Semon, London.
Grèce	Doc. Dr. Dimitri Dimitriades, Athen.
Hongrie	Hofrath Prof. Dr. E. v. Navratil, Budapest.
Italie	Prof. Dr. Massei, Neapel.
Japon	Hakase Dr. Kanasugi, Tokio.
Norvègue	Prof. Dr. Uchermann, Christiania.
Pays-Bas	Dr. Burger, Amsterdam.
Roumanie	Doc. Dr. Costiniu, Bukarest.
Russie	Dr. Heryng, Warschau.
Serbie	Dr. D. Schraga, Belgrad.
Suède	Dr. Gunnar Holmgren, Stockholm.
Suisse	Prof. Dr. Mermod, Lausanne.

Es ist dies wohl das erste Mal, dass eine Dame zur Ehrenpräsidentin eines laryngologischen Congresses gewählt worden ist, und auch thatsächlich in einer Sitzung präsidirt hat. Mrs. Butler entledigte sich ihres Amtes in so ruhiger sachgemässer Weise, dass der Vorgang als etwas ganz Selbstverständliches erschien.

Auf der Tagesordnung der ersten Sitzung standen B. Fränkel's und Lermoyez's Referate: „Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medicinischen Standpunkt, Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten.“ Die Aufgabe, in durchaus verschiedener, aber gleichmässig fesselnder Weise von den Berichterstattern aufgefasst, schien viel Interesse zu erwecken, führte aber zu geringer Discussion. Nur der Unterzeichnete warnte vor dem falschen Ehrgeiz, die Grenzen unserer Specialität zu weit zu stecken, und der Vorsitzende (Professor Schiffers) schlug vor, eine Resolution zu fassen, derzufolge die verschiedenen Regierungen um obligatorischen Unterricht in der Rhino-Laryngologie, oder vielmehr, wie er es wollte: der Oto-Rhino-Laryngologie ersucht werden sollten. Dieser Vorschlag fand aber nicht die Zustimmung der Versammlung, zumal nachdem B. Fränkel sehr richtig auf die Verschiedenheit der Sachlage in den einzelnen Ländern hingewiesen hatte. —

Der allgemeinen Discussion folgte eine mit grossem Interesse aufgenommene Demonstration Gluck's bezüglich seiner neueren Fortschritte und Ergebnisse in der Radicaloperation bösartiger Leiden des Halses und Oesophagus. Der Unterzeichnete richtete die Bitte an den Vortragenden, der Welt baldmöglichst eine Totalstatistik seiner Endresultate zu geben. — Die Discussion wurde am Nachmittag fortgesetzt und dann von Kuhnt und Onodi eine Discussion über den Zusammenhang von Nasen- und Augenleiden eingeleitet.

Am Abend gab die Stadt Wien dem Congress ein opulentes Bankett in dem herrlichen Festsaal des Rathhauses. Obwohl sich durch das Fest wie ein schwarzer Schatten die traurige Erinnerung an den jähen Tod unseres Ehrenpräsidenten zog, und obwohl die Riesengrösse und die nichts weniger als vollkommene Akustik des Saales die Tischreden für die grosse Mehrzahl der Gäste absolut unvernehmbar machten, trug die Zusammenkunft doch wieder viel zur Befestigung freundschaftlicher Beziehungen unter den Theilnehmern bei, und den Wiener Stadtbehörden gebührt der herzlichste Dank des rhinolaryngologischen Congresses.

Am Donnerstag, den 23., fand zunächst eine allgemeine, von Semon eingeleitete Discussion über „Die Allgemeinbehandlung localer Leiden der oberen Luftwege“ statt, der dann einzelne Vorträge folgten. Aus diesen heben wir speciell Moure's Beitrag: „Trachéotomie—Thyréotomie“ hervor, der zu einer sehr lebhaften Debatte führte. Dieselbe zeugte von bedeutenden Meinungsverschiedenheiten zwischen den Theilnehmern. Der Nachmittag war den Röntgenstrahlen und dem Radium gewidmet. Nach den einleitenden Vorträgen Burger's und Gradenigo's erfolgten äusserst interessante Demonstrationen der Nase und ihrer Nebenhöhlen seitens Killian's, v. Eicken's, Scheier's und Kuttner's. Die Discussion wurde der vorgerückten Stunde wegen auf den nächsten Morgen verschoben. Schon jetzt ist es klar, dass das reichhaltige Programm nicht ganz wird erledigt werden können.

Der Abend versammelte die Congressisten und ihre Damen zum Bankett in den Räumen des Hotel Continental. Die Zusammenkunft trug einen durchaus intimen, herzlichen Charakter und wurde — wie alle diese Gelegenheiten — durch zahllose Trinksprüche gewürzt.

Der Morgen des Freitag brachte ein ganz vorzügliches Referat von Jurasz über die Frage der internationalen Laryngologencongresse, welches wir in einer späteren Nummer des Centralblatts in toto zum Abdruck bringen werden. Er sprach entschieden gegen die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie bei diesen Gelegenheiten und schlug vor, internationale Specialcongresse neben und zur Zeit der allgemeinen internationalen Congresse zu halten.

An den Vortrag von Jurasz knüpfte sich eine lebhafte Debatte. Chiari stellte dem Auditorium die Fragen, erstens ob der internationale Laryngo-Rhinologen-Congress in bestimmten Zeitintervallen stattfinden soll, zweitens ob heute bestimmt werden soll, wann und wo der zweite Congress zusammentreten werde.

Semon schlug vor, zu diesem Zwecke ein internationales Comité einzusetzen, und diesem die Entscheidung der Frage, wann und wo der zweite Congress stattfinden soll, zu überlassen. Er empfahl, folgende Herren in das Comité zu berufen: für Oesterreich Chiari, für Deutschland Fränkel, für Frankreich Moure, für Italien Massei, für Russland Hellat, für die Vereinigten Staaten von Nordamerika Lefferts, für Grossbritannien Semon. Dieser Antrag wurde mit lebhaftem Beifall zum Beschluss erhoben und Semon die Einberufung des Comités überlassen.

Der allgemeinen Discussion folgte eine Anzahl von interessanten Demonstrationen (Massei, Vohsen, Harmer u. A.), an die sich theilweise lebhafte Discussionen anschlossen. Immer klarer wurde es, dass es nicht möglich sein würde,

das reichhaltige Programm aufzuarbeiten. Einstimmig wurde der Vorschlag angenommen, die ursprünglich für Vorträge bewilligte Zeit auf die Hälfte herabzusetzen. Streng wurde darüber gewacht, dass in der Discussion die Redner die ihnen bewilligte Zeit nicht überschritten. Hätte es noch eines Beweises bedurft, wie unzweckmässig es wäre, bei diesen Gelegenheiten die Otologie der Rhino-Laryngologie anzugliedern: dieser Congress hätte ihn wahrlich erbracht! —

Der Nachmittag brachte das Leichenbegängniss Leopold von Schrötter's, an dem der Congress sich in corpore betheiligte, und welches ein lebhaftes Bild von der allseitigen Liebe und Verehrung gab, deren sich der Heimgegangene erfreute. Die Trauerreden, die Blumenspenden, die dichtgedrängten Menschenmengen, durch die der lange Zug seinen langsamen Weg sich bahnte, sie alle zeigten, welch seltenen, hochverdienten Mann wir verloren haben. An der Alserstrasse bogen die Congressmitglieder ab, um sich zur Fortsetzung ihrer Verhandlungen in das Haus der K. K. Gesellschaft der Aerzte zurückzubegeben, in dem der Congress tagt. Nur eine kleine Deputation folgte der Leiche zur protestantischen Kirche, wo sie eingesegnet wurde, ehe sie zur Einäscherung nach Gotha überführt wurde. Da der Unterzeichnete zu dieser Deputation gehörte, kann er über den Verlauf der Nachmittagsitzung nicht aus eigener Anschauung berichten.

Vita brevis! — Nach den Todten wollen die Lebenden ihre Rechte. — Nach Schluss der Sitzung folgten die Congressmitglieder und ihre Damen einer Einladung zu einer ungemein interessanten Reitproduction in der K. K. Reitschule, bei welcher ihnen die hohe Schule oder spanische Reitkunst in vollendetster Weise vorgeführt wurde. — Abends fand ein überaus zahlreich besuchter Empfang bei dem Statthalter von Niederösterreich, Grafen Erich Kielmannsegg statt, bei welchem die Gräfin in liebenswürdigster Weise die Honneurs machte, und den Congressmitgliedern die Gelegenheit gegeben wurde, mit Mitgliedern der Wiener Gesellschaft bekannt zu werden.

Heute finden die Schlusssitzungen des Congresses statt, und die Mehrzahl der Theilnehmer dürfte das gastliche Wien noch am heutigen Tage verlassen. Gern hätte ich ausführlicher berichtet, wäre auf interessante Fragen des Näheren eingegangen, hätte der aufopfernden Thätigkeit des Organisationscomités und des Damencomités, der Liebenswürdigkeit unserer Wiener Collegen und ihrer Damen, der privaten Gastlichkeit und vieler anderer Punkte gedacht, aber die Zeit erlaubt es nicht, wenn dieser kurze Bericht noch in die Mainummer des Centralblattes kommen soll. So bescheide ich mich denn zu constatiren, dass der Congress ein ganzer, voller Erfolg war in jedem Sinne des Wortes; dass derselbe sicherlich nach allen Richtungen hin wichtige Folgen haben wird; dass wir alle dem Organisationscomité, an seiner Spitze dem Präsidenten Hofrat Chiari und seiner liebenswürdigen Gattin, dem Damencomité, allen Wiener Collegen, den Regierungs- und Municipalbehörden innig dankbar sind, und dass wir stets mit Erinnerungen angenehmster Art an den ersten internationalen Laryngo-Rhinologencongress und an die mit ihm verbundene Türk-Czermak-Feier zurückdenken werden.

Felix Semon.

Wenn es zum Schluss doch noch möglich war, das Programm annähernd zu erledigen, so verdankt man das nur dem Umstand, dass ein Theil der vorgemerkten Redner, insbesondere die Wiener Herren, ihre Vorträge ganz und gar zurückgezogen oder deren Inhalt in einer kurzen Bemerkung zusammengefasst haben. In der letzten Sitzung wurde der Empfindung, dass eine weitere Entlastung der späteren Congresse dringend wünschenswerth sei, noch dadurch Ausdruck gegeben, dass man einstimmig beschloss, in Zukunft die officiellen Referate der Zeitersparniss halber vor der Verhandlung den Mitgliedern gedruckt zuzustellen, um die zeitraubende Vorlesung zu vermeiden.

II. Die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten.

Ein Jubiläums-Beitrag zur Geschichte der Laryngo-Rhinologie in den Jahren 1858—1908

von Dr. J. Sendziak (Warschau).

Den Theilnehmern des Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses in Wien gewidmet.

(Fortsetzung.)

III. Deutschland.

Aehnlich wie in anderen Staaten Europas erwarb sich auch in Deutschland die Rhinolaryngologie nicht sofort die staatliche Anerkennung. So wurde in Berlin erst im Jahre 1887 die Universitäts-Poliklinik und sieben Jahre später (1903) die Klinik für Hals- und Nasenkranke an der Königlichen Charité, beide unter Leitung des verdienstvollen Bernhard Fränkel ins Leben gerufen. Gegenwärtig giebt es an fast allen grösseren Universitäten Deutschlands Lehrstühle für Laryngologie, sowie staatliche Kliniken und Polikliniken, die meist selbständige Institute neben den Instituten für Ohrenheilkunde oder in Gemeinschaft mit denselben bilden und von hervorragenden Vertretern des Faches geleitet werden. In Berlin leben und wirken ausser B. Fränkel, dem obenerwähnten Nestor der deutschen Laryngologen, Rosenberg, Verf. weitverbreiteter Lehrbücher, Kuttner, den vor allem seine Arbeit über Larynxödem und Laryngitis submucosa bekannt gemacht hat, Heymann, der Herausgeber des ausgezeichneten „Handbuches der Laryngologie und Rhinologie", Kraus (früher in Graz), dem wir das vortreffliche Buch über die Krankheiten der Mundhöhle und der Speiseröhre verdanken sowie Edm. Meyer und Landgraf, ferner Flatau, dessen Arbeiten besonders das Gebiet der Stimmstörungen betreffen und der eine Zeitschrift „Die Stimme" herausgiebt, Grabower, Katzenstein und Klemperer, bekannt durch ihre schönen Arbeiten über die Innervation des Kehlkopfs, Lublinski, Kirstein, dessen „Autoscopie" den Ausgangspunkt bildete für die heute so weit vorgeschrittenen direkten Untersuchungsmethoden der oberen Luftwege, Sturmann, Verfasser einer preisgekrönten Monographie über die Pachydermia laryngis, Finder, der Viceredacteur

dieses Centralblatts, Hartmann und Jansen, die, obwohl beide vor allem als Otologen bekannt, doch auch die Rhinologie durch Arbeiten über die operative Nebenhöhlenbehandlung gefördert haben. In Berlin hatte auch bis vor Kurzem H. Krause, der zuerst im Jahre 1884 das phonatorische Centrum in der Hirnrinde fand, seinen Wohnsitz. In München ist an die Stelle des viel zu früh gestorbenen Scheech als sein Nachfolger Neumayer getreten, in Heidelberg wirkt Jurasz — ein Pole von Herkunft —, der eine ausgezeichnete klinische Darstellung der Krankheiten der oberen Luftwege verfasst hat, in Breslau nach Gottstein's Tode Kümmel, in Gemeinschaft mit Mikulicz Verfasser des grundlegenden Buches über die Krankheiten der Mundhöhle, in Leipzig Barth, in Freiburg Killian, zur Zeit einer der bekanntesten und verdienstvollsten Vertreter unserer Disciplin in Deutschland, an dessen Namen sich vor allem die wichtige Methode der Tracheo- und Bronchoskopie knüpft. Weiter nennen wir Seifert in Würzburg, der zusammen mit Kahn den schönen Atlas über die Histopathologie der Hals- und Nasenkrankheiten herausgegeben hat, Gerber in Königsberg, der unsere Wissenschaft durch eine Reihe trefflicher Arbeiten bereichert hat, Friedrich in Kiel, der sich durch eine ausgezeichnete Monographie: „Laryngologie, Rhinologie und Otologie in ihrer Bedeutung für die allgemeine Medicin" (1889) verdient gemacht hat, Kuhnt in Bonn, dessen Arbeit: „Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhle und ihre Folgezustände" (1895) rühmend erwähnt sei, Körner in Rostock, Strübing in Greifswald, Wittmaack in Jena, Hopmann in Köln, Weimer in Düsseldorf, Spiess in Frankfurt a. M., lauter Namen, die auf dem Gebiet unserer Sonderdisciplin einen guten und bekannten Klang haben. Nicht vergessen sei auch Gutzmann in Berlin, dem kürzlich der erste, erst in diesem Jahre gegründete Lehrstuhl für Sprachstörungen übertragen worden ist.

Gross ist die Zahl tüchtiger und anerkannter Specialisten in Deutschland, die — ohne als Professoren zu lehren oder doch den Titel eines Professors zu führen — in ihrer Heimath einen grossen praktischen und wissenschaftlichen Wirkungskreis haben. Unter ihnen seien hier namhaft gemacht: Bresgen, der ein sehr verbreitetes Lehrbuch der Nasenkrankheiten geschrieben hat, Avellis, Vohsen, der mit Vorzug die Durchleuchtung als ein werthvolles Hilfsmittel in die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen einführte, Zarniko und Thost, beide in Hamburg, ersterer Verfasser eines Lehrbuchs der Nasenkrankheiten, Krieg in Stuttgart, dem wir eine ausgezeichnete atlantische Darstellung der Kehlkopfkrankheiten verdanken, Kayser und Brieger in Breslau, Grünwald in München, dessen treffliche Monographie über Naseneiterungen hochgeschätzt ist, Dreyfuss in Strassburg, Tornwaldt und Ziem in Danzig, von denen jener die Krankheiten des Nasenrachenraumes, dieser die Nebenhöhlenaffectionen zu ihrem speciellen Arbeitsgebiet gemacht haben. Zum Schluss seien genannt Kafemann und Bukofzer (Königsberg), Winkler (Bremen), Kronenberg (Solingen), Hinsberg (Dortmund), Lieven (Aachen), Blumenfeld (Wiesbaden), dieser Redacteur des neuesten, 1908 begründeten deutschen Fachjournals, und viele andere, die zu nennen der Mangel an Raum verbietet. Nicht fehlen darf jedoch hier der Name des bekannten Berliner Chirurgen Gluck, der seine Thätigkeit

hauptsächlich in den Dienst der Laryngologie gestellt hat, indem er die Methode der Kehlkopfexstirpation ausgebaut und zur höchsten Vollendung gebracht hat.

Lassen wir die nicht mehr unter den Lebenden weilenden Deutschen Laryngologen, die in dem Zeitraum von 1858—1908 an der Förderung unserer Wissenschaft hervorragenden Antheil genommen, vor unseren Augen Revue passiren, so sind ausser Moritz Schmidt, Schech, Gottstein und Gerhardt, deren Verdienste bereits hervorgehoben wurden, noch folgende Namen zu nennen: Victor von Bruns (Tübingen), der als der erste im Jahre 1862 einen Kehlkopfpolypen auf endolaryngealem Wege entfernte und die erste Monographie über „die Laryngoskopie und laryngoskopische Chirurgie (1865; II. Aufl. 1873) verfasst hat, ferner Tobold, Lewin, Krakauer, Böcker (Berlin), Burow (Königsberg), Rosenbach (Breslau), der den Satz aussprach, dass bei Compression des Recurrensstammes zuerst die Function der Erweiterung leidet, Hack (Freiburg), der sich durch die Theorie von den nasalen Reflexneurosen bekannt gemacht hat, Sommerbrodt (Breslau), Rühle (Bonn), Michelson (Königsberg), der zusammen mit Mikulicz den vortrefflichen Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle herausgegeben hat, Michael (Hamburg), Verfasser einer werthvollen Arbeit über die Krankheiten der Zungentonsille, Schaeffer (Bremen), der eine Studie über die Krankheiten des Siebbeins und der Keilbeinhöhle zu dem Heymann-schen Handbuch beigesteuert hat, von Ziemssen und Traube, die unter den ersten den Stimmbandlähmungen Aufmerksamkeit schenkten, Kiesselbach in Erlangen, an den der Locus Kiesselbachii erinnert, Oertel (München), Beschorner (Dresden) und Riegel (Giessen), dessen klassische Monographie über respiratorische Paralysen unvergessen bleiben wird, Aug. Killian (Worms). Eine Erwähnung verdienen an dieser Stelle auch die Namen von Bergmann und Eugen Hahn (Berlin), sowie von Mikulicz wegen der grossen Verdienste ihrer Träger auf dem Gebiete der Kehlkopfchirurgie.

Auch in Bezug auf die Anzahl und den wissenschaftlichen Werth der Lehrbücher, die unser Fach behandeln, nimmt Deutschland die erste Stelle ein. Sehen wir von dem bereits in der vorlaryngoskopischen Zeit veröffentlichten Buch von Albert (Bonn) „Pathologie und Therapie der Kehlkopfkrankheiten“ Leipzig 1829 ab, so seien folgende in der chronologischen Reihenfolge ihres Erscheinens genannt:

1. Friedreich, Die Krankheiten der Nase, des Kehlkopfes und der Trachea in Virch. Handb. der spec. Path. u. Ther. Bd. V. Erlangen 1858.
2. Rühle, Die Kehlkopfkrankheiten. Berlin 1861.
3. Duchek, Die Krankheiten der Nasenhöhlen. Handb. der spec. Path. u. Ther. 1864.
4. Tobold, Laryngoskopie und Kehlkopfkrankheiten. Berlin 1874.
5. Michel, Die Krankheiten der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Berlin 1876.
6. B. Fraenkel-Ziemssen, Die Krankheiten der Nase und des Kehlkopfes. In Ziemssen's Handb. d. spec. Path. u. Ther. 1876. II. Aufl. 1879.
7. Gerhardt, Rauchfuss und Koth, Die Krankheiten des Halses und der Nase. In Gerhardt's Handb. der Kinderkrankheiten. Tübingen 1878.

8. Gottstein, Krankheiten des Kehlkopfes. Wien 1884. IV. Aufl. 1893. Ins Englische übersetzt von Mac Bride in Edinburg 1885.
9. Bresgen, Krankheits- und Behandlungslehre der Nasen-, Mund- und Rachenhöhle, sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre. Wien 1884. III. Aufl.
10. Schech, Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Wien 1885. VI. Aufl.
11. Moldenhauer, Die Krankheiten der Nasenhöhlen und des Nasenraumes etc.
12. Scheff, Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens. Berlin 1886.
13. Voltolini, Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. Breslau 1888.
14. Jurasz, Die Krankheiten der oberen Luftwege. Heidelberg 1901. 2.
15. Rosenthal, Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Berlin 1892. II. Aufl.
16. Derselbe, Die Erkrankungen des Kehlkopfes. Berlin 1893.
17. Rosenberg, Die Erkrankungen der Mundhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes. Berlin 1893. — II. Aufl. 1899. — Ins Englische übersetzt 1903.
18. Zarniko, Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Berlin 1894. — II. Aufl. 1894.
19. Moritz Schmidt, Die Krankheiten der oberen Luftwege. Berlin 1894. — III. Aufl. 1900.
20. Flatau, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten. Leipzig 1895.
21. Heymann, Handbuch der Laryngologie und Rhinologie. (Sammelwerk.) Wien 1898.
22. Schech, Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Wien 1897. — II. Aufl. 1903.
23. Mikulicz und Kümmel, Die Krankheiten der Mundhöhle (1898).
24. Kayser, Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (1901).
25. Bukofzer, Die Krankheiten des Kehlkopfes. 1903.

Das Onodi-Rosenberg'sche 1907 erschienene Lehrbuch der Nasenkrankheiten, sowie das Buch von Kraus, Ueber die Krankheiten der Mundhöhle und Speiseröhre, sollen bei den Publicationen der österreich-ungarischen Autoren Berücksichtigung finden.

Eine grosse Anzahl der aufgeführten Lehrbücher sind bereits in mehreren Auflagen erschienen; so haben die Bücher von Fränkel, Rosenthal, Rosenberg, Zarniko und Schech 2, die von Bresgen und Schmidt 3, das Gottstein'sche 4 und das von Schech sogar 6 Auflagen erlebt. Die Lehrbücher von Gottstein und Rosenberg sind ins Englische und Russische übersetzt.

Die zum Teil sehr hervorragenden in Atlantenform erschienenen bildlichen Darstellungen aus dem Gebiet der Hals- und Nasenkrankheiten sind:

1. Burow, Berlin 1877.
2. Grünwald, Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und des Nasenrachenraumes. 1887. II. Aufl. 1894. München. Ins Russische übersetzt 1895. II. Aufl. 1902.
3. B. Fränkel, Gefrierdurchschnitte zur Anatomie der Nasenhöhlen. Berlin 1891.
4. Krieg, Atlas der Kehlkopfkrankheiten. Stuttgart 1892.
5. Mikulicz und Michelson, Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle. Berlin 1892.
6. Seifert und Kahn, Atlas der Histopathologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfs. 1895.
7. Grünwald, Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten. München 1897. (Ins Russische übersetzt 1908.)
8. Krieg, Atlas der Nasenkrankheiten. Stuttgart 1905.
9. Gerber, Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums. Berlin 1902.

Einige von diesen Atlanten, so der von Grünwald, hatten ebenfalls zwei Auflagen.

Von den vielen und grundlegenden monographischen Darstellungen aus dem Gebiete der Rhinologie und Laryngologie, die in den letzten 50 Jahren in Deutschland erschienen sind, seien hier nur folgende erwähnt:

Gerhardt, Studien und Beobachtungen über Stimmbandlähmungen. Virch. Arch. Bd. 21. 1863, sowie: Kehlkopfgeschwülste und Bewegungsstörungen der Stimmbänder in Nothnagel's Handb. der spec. Path. u. Ther. Wien 1896.

Lewin, Ueber Neubildungen, namentlich Polypen des Kehlkopfes. Göschen's Deutsche Klinik. 1862.

Voltolini, Die Anwendung der Galvanokaustik im Innern des Kehlkopfs. Wien 1867. — II. Aufl. 1871.

Michel, Ueber die Behandlung der Hals- und Kehlkopfkrankheiten. Klinische Studien. Ins Französische übersetzt von Calmette. 1884.

Hack, Operative Radikalbehandlung bestimmter Formen von Migräne, Asthma, Heufieber etc. 1884. Wiesbaden.

Schaeffer, Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie. Wiesbaden 1885.

Tornwaldt, Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraumkrankheiten. Wiesbaden 1885.

Killian, Ueber die Bursa und Tonsilla pharyngea. Morph. Jahr. XIV. 4. 1888, sowie: Die Nebenhöhlen der Nase und ihre Lagebeziehungen zu den Nachbarorganen. 1903.

Bloch, Die Pathologie und Therapie der Mundathmung. Wiesbaden 1893.

Grünwald, Die Lehre von den Naseneiterungen mit besonderer Rücksicht auf die Erkrankungen des Sieb- und Keilbeins und deren chirurgische Behandlung. München 1892. — II. Aufl. 1895. — Sowie: Die Therapie der Kehlkopftuberkulose mit besonderer Rücksicht auf den galvanokaustischen Tiefenstich und äussere Eingriffe. 1907. München.



Sturmann, Klinische Geschichte der Pachydermia laryngis. Berlin 1894.
v. Bruns und Hofmeister, Die angeborenen Missbildungen, Verletzungen und Erkrankungen des Kehlkopfes und der Luftröhre. 1901. — II. Aufl. 1903.
Kafemann, Rhinopharyngologische Operationslehre mit Einschluss der Elektrolyse. 1903. — II. Aufl. ins Russische übersetzt.
Kuttner, Die nasalen Reflexneurosen und die normalen Nasenreflexe. Berlin 1904.
Gluck, Der gegenwärtige Stand der Chirurgie des Kehlkopfes, Pharynx, Oesophagus und der Trachea. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1904. 3—4.

Schliesslich eine ganze Reihe von werthvollen Monographien in Heymann's Sammelwerke von Ewald, Disse, Schieferdeckel und Hansemann über Anatomie, Histologie und Physiologie, von Heymann und Kronenberg über Geschichte der Laryngologie und Rhinologie, von Spiess und von Bloch über Untersuchungsmethoden, Symptomatologie und allgemeine Therapie; dann die in demselben Sammelwerke enthaltenen Beiträge über Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkrankheiten aus der Feder von Gerber, Klemperer, Krieg, Heymann, Seifert, Kayser, Körner, Jurasz, Rosenberg, Landgraf, Strübing, Kümmel, Killian, Schaeffer, Kronenberg, Hoppe-Seyler, Mikulicz, Michael, Hopmann, Schech, Gerhardt.

Unter den in Deutschland erscheinenden Fachzeitschriften für Laryngologie, Rhinologie nenne ich an erster Stelle das von Sir Felix Semon begründete und herausgegebene Internationale Centralblatt, eine referirende Monatsschrift, die seit 1885 im Verlag von Aug. Hirschwald in Berlin erscheint und an der eine Anzahl hervorragender ausländischer Specialisten mitarbeitet. Das Blatt, das im künftigen Jahre auf ein 25jähriges Bestehen wird zurückblicken können, hat sich wohl für jeden, der sich darüber auf dem Laufenden erhalten will, was auf dem Gebiete unserer Disciplin geleistet wird, als ein unentbehrliches Hülfsmittel erwiesen.

2. Gleichfalls bei Hirschwald erscheint seit 1893 das von Bernhard Fränkel gegründete und redigirte „Archiv für Laryngologie und Rhinologie“, das nur Originalarbeiten bringt.

3. Die seit circa 20 Jahren unter der Redaction von Haug (München) erscheinenden „Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie“, die bei Fischer in Jena verlegt sind.

4. Die „Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten“ werden von Bresgen (Frankfurt a. M.) redigirt und erscheinen bei Marhold (Halle).

5. Die „Stimme“ existirt seit 1906, wird redigirt von Th. S. Flatau (Berlin).

Seit diesem Jahre (1908) sind noch zwei weitere Spezialialjournale ins Leben getreten, nämlich:

6. „Beiträge für Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Ohres, der Nase und des Kehlkopfs“. Redigirt von Passow und Schaeffer (Berlin) und

7. Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete. Würzburg. Redigirt von Blumenfeld (Wiesbaden).

Die 8 in Deutschland bestehenden Gesellschaften und Vereine, die sich die Pflege der Laryngologie und Rhinologie, eventuell gleichzeitig der Ohrenheilkunde, zur Aufgabe gemacht haben, sind nach der Zeitfolge ihrer Gründung geordnet:

1. Die seit dem Jahre 1877 existirende „Oto-laryngologische Section“ und seit 1883 die selbstständige „Laryngologische Section“ bei den Versammlungen deutscher Naturforscher und Aerzte, der ältesten (seit dem Jahre 1827 bestehenden) medicinischen Vereinigung; sie hält jährlich ihre Versammlungen in verschiedenen Städten Deutschlands ab.

2. „Berliner laryngologische Gesellschaft“; seit dem Jahre 1889 unter dem Präsidium von Prof. B. Fränkel.

3. Der im Jahre 1894 von Professor Jurasz in Heidelberg gegründete „Verein süddeutscher Laryngologen“.

4. Die im Jahre 1897 von Hopmann in Köln gegründete „Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte“.

5. Die im Jahre 1900 von dem verstorbenen Prof. Schech gegründete „Münchener laryngologische Gesellschaft“.

6. Der seit dem Jahre 1902 bestehende „Verein schlesischer Hals-, Nasen- und Ohrenärzte“ in Breslau.

7. Die im Jahre 1905 von Prof. Barth in Leipzig gegründete „Gesellschaft sächsisch-thüringischer Ohren- und Kehlkopfärzte“; schliesslich

8. Die neueste im Jahre 1905 in Heidelberg von Prof. M. Schmidt und Prof. B. Fränkel gegründete „Deutsche laryngologische Gesellschaft“.

IV. Frankreich.

Hier liegen die Verhältnisse in Bezug auf die staatliche Anerkennung der Rhino-Laryngologie ähnlich ungünstig wie in England. Es existiren zur Zeit in Frankreich nur zwei Lehrstühle für dies Sondergebiet, und zwar ist mit beiden leider auch der Lehrauftrag für Ohrenheilkunde verbunden; den einen, der seit 1906 besteht, hat Moure in Bordeaux inne [„Professeur adjoint“*)], früher, d. h. seit 1891 nur „Chargé de cours“, ungefähr dem „Privatdocent“ an deutschen Universitäten entsprechend. Der zweite Lehrstuhl wurde seit Kurzem (1907 bis 1908) an der Universität Lyon eingerichtet und Lannois zum „Professeur adjoint“ daselbst ernannt**). Ausser den eigentlichen Lehrstühlen giebt es auch sogenannte „Cours cliniques supplémentaires“, und zwar in Paris seit 1895, wo Castex „chargé de cours“ ist, in Nancy seit 1906 und in Montpellier seit Kurzem, wo Jacques resp. Mouret die Stellung eines „agregé“ inne haben. Practisch wird ausserdem in Paris die Laryngo-Rhinologie ohne Lehrauftrag von zwei Hospitälern gelehrt, nämlich im Hôpital St. Antoine, von dem zur Zeit hervorragendsten französischen Laryngologen Lermoyez, und am Hôpital Lariboisière, wo jetzt an

*) Entspricht dem „ausserordentlichen Professor“ an den deutschen Universitäten, unterscheidet sich von diesem aber dadurch, dass er Sitz im Rathe der Facultät hat.

**) Diese beiden Lehrstühle, sowie der laryngo-rhinologische Unterricht in Paris sind staatliche Institutionen: der Unterricht zu Nancy und Montpellier stellt eine von den Universitäten selbst ins Leben gerufene Einrichtung dar.

Stelle des verstorbenen Gouguenheim der Chirurg Sebileau unser Fach vertritt. Diese beiden Stellen sind es, die in Frankreich sich des grössten Zuspruchs von Schülern erfreuen.

Als die Pioniere der Laryngologie in Frankreich seien genannt: Mandl, Krishaber, Isambert, Fauvel und Fournié, die alle nicht mehr unter den Lebenden weilen, und Moura-Bourouillou, der bereits im Jahre 1861 einen „Cours complèt de Laryngologie" veröffentlichte. Ausser dem schon genannten Gouguenheim seien ferner von hervorragenden verstorbenen französischen Laryngologen genannt: Garrigou-Desarènes und Cadier in Paris, Joal in Mont Dore, Blanc in Lyon und Wagnier in Lille. Zu den namhaften französischen Fachvertretern gehören ausser Moure und Lermoyez vor allem Luc, der eine vortreffliche Monographie über Kehlkopfinnervation verfasst und auf dem Gebiet der Nebenhöhlenerkrankungen mit Erfolg gearbeitet hat, Ruault, Verfasser verbreiteter Lehrbücher, ferner Baratoux, Castex, Cartaz, Gallé, Mendel in Paris, Hetma, der ehemalige Redacteur der Archives intern. d. Laryngol., d'Otologie et Rhinologie, und Chauveau, der gegenwärtige Leiter jenes Blattes und Verfasser umfassender Arbeiten über Kehlkopf- und Rachenkrankheiten, weiter Lubet-Barbon, Laurens, Gernault, Tissier, Loewenberg, Guisez, Mounier, Glover, Malherbe, Mahu, Suarez de Mendoza, der Redacteur der Archives de Méd. et de Chirurgie spéciales, ferner in Bordeaux Lichtwitz, Beausoleil und Brindel, Garel in Lyon, Molinié in Marseille, Redacteur des neuesten Specialjournals „Le Laryngoskope", Vacher in Orleans, Raugé in Challes, Gontier de la Roche in Toulon, Noquet in Lille, Escat und Lacoarret in Toulouse u. a. m. Unter denen, die, obwohl sie nicht die Laryngologie zu ihrem Specialfach gemacht hatten, ihr doch unschätzbare Dienste geleistet haben, sei vor allem der berühmte Neuropathologe Charcot genannt, der Autor der „Crises laryngées".

Die in Frankreich erschienenen Lehrbücher der Rhinolaryngologie sind folgende:

1. Moura-Bourouillou, Cours complèt de laryngologie. 1861.
2. Mandl, Traité des maladies du larynx. Paris 1872.
3. Fauvel, Traité pratique des maladies du larynx. 1876.
4. Isambert, Conférences cliniques sur les maladies du larynx. Paris 1877.
5. Cadier, Manuel de laryngoskopie et de laryngologie. Paris 1883.
6. Gellé, Miet, Baratoux, Duplay, Maladies du nez in Gélle's Handbuch der Ohrenkrankheiten, 1884—1894 und 1889.
7. Moure, Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité nasopharyngienne. Paris 1886.
8. Moure, Leçons sur les maladies du larynx. Paris 1890.
9. Ruault, Maladies de la bouche et du pharynx in „Traité de médecine" von Charcot und Bouchard. Paris 1892.
10. Ruault, Maladies du nez et du larynx. 1892.
11. Lefort, La pratique des maladies du larynx. Paris 1894.
12. Lermoyez, Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx nasal. Paris 1896.

13. Cartaz, Maladies du nez. Paris 1900.

14. Escat, Maladies du pharynx. Paris 1901.

15. Guisez, Maladies des fosses nasales et des sinus. Paris 1903.

Auffallend ist, dass kein einziges dieser Lehrbücher in zweiter Auflage erschienen ist.

Der einzige von französischen Autoren herausgegebene Atlas der Hals- und Nasenkrankheiten ist der in Paris 1883 erschienene „Atlas de Laryngoscopie et de Rhinologie“ von Gouguenheim und Glover.

Die wichtigsten Einzelschriften, die Gegenstände aus unserem Specialfach behandeln, sind:

Sales Girons, Traité thérapeutique et pratique des salles de respiration. Paris 1858.

Fournié, Etude pratique sur le laryngoscope. Paris 1863.

Gouguenheim et Lermoyez, Physiologie de la voix et du chant hygiène du chanteur. Paris 1885.

Lichtwitz, Les anésthésies hystériques des muqueuses et des organs des sens et les zones hystérogènes des muqueuses. Recherches cliniques. Paris 1887.

Luc, Les névropathies laryngées. Paris 1892.

Garnault, Physiologie, Hygiène et Thérapeutique de la voix parlée et chantée. Paris 1896.

Lermoyez, Les causes des paralysies recurentielles. Paris 1897.

Chauveau, Le larynx — Anatomie et Physiologie. Paris 1901 und Histoire des maladies du pharynx. Paris 1902.

Molinié, Les tumeurs malignes du larynx. Paris 1907.

Escat, Technique otolaryngologique, sémiotique et thérapeutique.

Die in Frankreich existierenden Fachzeitschriften für Rhino-Laryngologie sind folgende:

1. die älteste ist die seit 1875, also gegenwärtig schon 34 Jahre existirende „Annales des maladies des oreilles, du nez et du larynx“ gegründet von Isambert, Krishaber und Ladreix de Lacharrière, später unter der Leitung von Gouguenheim und Lermoyez, gegenwärtig redigirt von Lermoyez, Sébileau und Lombard.

2. „Revue mensuelle“ seit 1880, später „bimensuelle“, gegenwärtig „hebdomadaire de Laryngologie d'Otologie et de Rhinologie“, gegründet und bis jetzt redigirt von Prof. Moure in Bordeaux.

3. „Les Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et Rhinologie“, gegründet im Jahre 1887 von Ruault, später dirigirt von Helme, gegenwärtig von Chauveau.

4. „Bulletin de Laryngologie“. Paris. Redacteur Castex.

5. „La pratique médicale des maladies du nez et du larynx. Paris. Red. Baratoux.

6. „La Parole“. Paris.

7. „La voix parlée et chantée.“ Paris.

8. „Archives de Médecine et de Chirurgie spéciales“ etc. Paris. Gegründet im Jahre 1900 von Suarez de Mendoza.

Schliesslich das neueste Journal:

9. „Le Laryngoscope" in diesem Jahre (1908) von Melinié in Marseille gegründet.

Die französischen Specialgesellschaften sind:

1. Die erste französische Gesellschaft wurde in Paris im Jahre 1883 von Moura-Bourouillou gegründet als „Société française d'Otologie et de Rhinologie", ihre Versammlungen fanden jährlich einmal statt.

2) Im Jahre 1891 wurde unter dem Präsidium von Gellé die „Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris" gegründet, welche ihre Versammlungen monatlich abhält.

3. Im Jahre 1892 vereinigten sich auf Initiative von Moure die beiden oben erwähnten Gesellschaften in eine „Société française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie", welche gegenwärtig auf 24 Jahre ihres Bestehens zurückblickt, sich jährlich versammelt und 48 „membres fondateurs", 140 „membres titulaires" und eine grosse Menge ausländischer Mitglieder zählt. Ihre Arbeiten sind jährlich in „Bulletins et mémoires de la Société française etc. veröffentlicht. Der letzte Präsident im Jahre 1903 war Bonain.

Schliesslich entstand:

4. im Jahre 1892 „Société d'Ophthalmologie, d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie de Bordeaux et de Sud-Ouest", welche ihre Versammlungen monatlich hält.

V. Oesterreich-Ungarn.

Wir bringen Oesterreich-Ungarn erst an fünfter Stelle, weil es, was die Anzahl der dort erscheinenden Arbeiten aus unserem Gebiete betrifft, erst in dieser Reihenfolge kommt. Dem wissenschaftlichen Werth dieser Arbeiten nach müsste es mit in erster Reihe genannt werden. Oesterreich ist das eigentliche Vaterland der Laryngoskopie; denn Türck und Czermak, die Begründer der klinischen Kehlkopfheilkunde, lebten und wirkten in diesem Lande. Hier konnte sich die Laryngoskopie auch früher, als in den meisten anderen Ländern einer Förderung und Anerkennung von Seiten des Staates erfreuen; denn bereits seit dem Jahre 1870 bestand eine laryngologische Universitätsklinik, die, von der otologischen durchaus getrennt, unter der Leitung des verdienstvollen L. von Schroetter stand, eines der Pioniere der Laryngologie in Oesterreich neben Stoerk, Semeleder und Schnitzler. Nach dem Rücktritt Schroetters functionirte als Director der Wiener laryngologischen Klinik eine Zeit lang Stoerk; nach seinem Tode hat Ottokar Chiari seine Stellung inne.

Vorlesungen und Kurse werden ferner abgehalten von Grossmann, Privatdocent mit dem Titel eines Prof. extraordinarius, den seine Arbeiten über Kehlinnervation bekannt gemacht haben, ferner die Docenten: Roth, Réthi, Verfasser eines bekannten Lehrbuches, Hajek (im Franz Josefs Ambulatorium), der rühmlichst bekannte Autor ausgezeichneter Arbeiten über ödematöse Processe im Kehlkopf und über Nebenhöhleneiterungen, ferner Fein und Harmer.



An der deutschen Universität in Prag giebt es zur Zeit noch keine laryngologische Klinik*) — ein Ambulatorium für Hals- und Nasenkranke soll gerade gegründet werden —, dagegen wird an der unter Zaufal's Leitung stehenden Ohrenklinik auch Rhinologie getrieben; Otorhinologie wird ferner daselbst noch von Piffl, Privatdocent mit dem Titel eines ausserordentlichen Professors, und von Docent Anton gelehrt.

An der czechischen Universität wird — freilich ohne Klinik — seit 1906 die Laryngologie als Lehrfach geübt und zwar von Prof. extraord. Frankenberger, sowie Privatdocent Cisler — beide bekannt durch ihre Arbeiten über Trachealstenosen und Kehlkopfinnervation. Ausserdem wirken daselbst als Docenten: Vymola und Kutvirl (jetzt in Pilsen).

An der Universität Innsbruck besteht eine oto-rhino-laryngologische Klinik, deren Vorstand Prof. Juffinger — früher Assistent v. Schrötter's — ist, Verfasser einer ausgezeichneten Monographie über das Sklerom der oberen Luftwege.

Die Klinik für Ohren-, Hals- und Nasenkranke an der deutschen Universität in Graz steht unter Leitung von Prof. Habermann.

Die Verhältnisse an der polnischen Universität in Krakau werden bei der Besprechung der Rhino-Laryngologie in Polen ihre Berücksichtigung finden.

In Ungarn giebt es bedauerlicherweise keine laryngologische Klinik — die Errichtung einer solchen soll geplant sein —; auch ist die Rhino-Laryngologie dort nicht Prüfungsgegenstand. Sieben Docenten — von denen 3 den Professortitel führen — haben unsere Specialdisciplin zu ihrem besonderen Arbeitsgebiet gemacht: v. Navratil, der älteste und verdienstvollste Repräsentant des Faches in Ungarn; Onodi, der bekannte Verfasser zahlreicher werthvoller Arbeiten, besonders auf dem Gebiete der Kehlkopfinnervation und der Nebenhöhlen, über die er besonders auch unsere anatomischen Kenntnisse sehr bereichert hat; ferner Prof. Irsai und die Docenten Polyak und Baumgarten.

Von den bekanntesten österreichischen Specialisten nenne ich hier: Hermann v. Schrötter (Wien), den begabten Schüler seines Vaters, der eine grosse Anzahl von Arbeiten, darunter solche über Sklerom und Bronchoskopie, verfasst hat, Imhofer (Prag), Laker (Graz), bekannt durch seine Arbeit über Schleimhautmassage (II. Aufl. 1892), Primarius Catti in Fiume, dem wir eine treffliche Monographie über Kehlkopferkrankungen bei acuten Infectionskrankheiten in Heymann's Handbuch verdanken, Braun (Triest). Ferner verdienen hier Erwähnung: Zuckerkandl (Wien) und Kraus (früher Graz, jetzt Berlin).

Von denen, die in der Zeit von 1858—1908 in Oesterreich auf unserem Gebiete eine hervorragende Thätigkeit entwickelten und nicht mehr am Leben sind, seien ausser den Pionieren unserer Wissenschaft Türck und Czermak, sowie Semeleder, Stoerk und Schnitzler, noch erwähnt: Beregszasy (Wien) und Jelenffy (Budapest), Verfasser werthvoller physiologischer Arbeiten über Kehlkopfinnervation.

---

*) Eine Zeit lang wurde dieses Unterrichtsfach von Ganghofner, jetzt Professor der Pädiatrie, versehen.

Ferner gedenke ich von den Gestorbenen: Billroth's (Wien), der zuerst die Resection des Kehlkopfes ausgeführt hat, und Mihalkovics', der unsere Kenntniss von der Anatomie der oberen Luftwege durch seine Arbeiten wesentich gefördert hat.

Folgende Lehrbücher sind während der Zeit von 1858—1908 in Oesterreich erschienen:

1. Türck: Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre. 1866.
2. Stoerk: Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs. Stuttgart 1880.
3. L. v. Schroetter: Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfs. Wien 1887. II. Aufl. 1893.
4. Rethi: Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens. Wien 1892/1893.
5. Stoerk: Die Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Wien 1895—1897; in Nothnagel's Handbuch der speciellen Pathol. und Therapie.
6. L. v. Schroetter: Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre. Wien 1895.
7. Kraus: Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre.
8. Rethi: Die Krankheiten des Kehlkopfs. Wien 1901. II. Aufl.
9. O. Chiari: Die Krankheiten der Nase. Wien 1902.
10. O. Chiari: Die Krankheiten des Rachens. 1903.
11. O. Chiari: Die Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre. 1905.
12. Onodi (Budapest) und Rosenberg (Berlin): Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraums. Berlin 1906; ins Russische übersetzt von Sacher 1907.

Die Lehrbücher von Rethi und v. Schroetter sind in 2 Auflagen erschienen; ein Lehrbuch in ungarischer Sprache existirt nicht.

Als einziger in Oesterreich erschienener laryngologischer Atlas ist der von Schnitzler zu nennen („Klinischer Atlas der Laryngologie und Rhinologie", Wien 1891).

Von den sehr zahlreichen und werthvollen monographischen Arbeiten, die in Oesterreich erschienen sind, seien nur folgende genannt:

Semeleder: Die Rhinoskopie und Laryngoskopie und ihre Verwerthung für die ärztliche Praxis. Leipzig 1862 und Wien 1863.

Zuckerkandl: Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhlen und ihrer pneumatischen Anhänge. I. Bd. 1882. — II. Aufl. 1893. — II. Bd. 1892. Wien.

Monti: Ueber Croup und Diphtheritis im Kindesalter. Wien 1884. II. Aufl.

Exner: Die Innervation des Kehlkopfes. Sitz. der k. k. Akad. der Wiss. Wien. Bd. 89. II. Abth. I.—II. Bd. 1884.

Loeri: Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Stuttgart 1885.

Berger und Tyrman: Die Krankheiten der Keilbeinhöhlen und des Siebbeinlabyrinthes und ihre Beziehungen zu Erkrankungen des Sehorganes. Wiesbaden 1886.

O. Chiari: Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals- und Nasenkrankheiten nach den Ergebnissen des Ambulatoriums. Wien und Leipzig 1887.

Juffinger: Das Sklerom der Schleimhaut der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre. Wien 1892.

v. Navratil: Thierversuche über die Kehlkopfinnervation und über den N. accessorius Willisii. 1894.

Onodi: Die Innervation des Kehlkopfes nach eigenen anatomischen, physiologischen und pathologischen Untersuchungen, Wien 1895; sowie die Nebenhöhlen der Nase. Wien 1905.

Hajek: Laryngitis submucosa acuta. Perichondritis laryngea, Larynxödem. In Heymann's Handb. der Laryng. und Rhin. 1898—1900, sowie Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Wien 1899. II. Aufl. 1903.

Mihalkovicz: Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Nase und ihrer Nebenhöhlen. In Heymann's Handb. der Laryng. und Rhin. 1900.

Grossmann: Die Lehre vom Bronchospasmus. Zeitschrift für klinische Med. 62. Bd. 1907 und viele andere, welche hier nicht berücksichtigt werden konnten.

Von laryngo-rhinologischen Journalen existirt in Oesterreich blos ein eineinziges, nämlich „Die Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für Kehlkopf-, Nasen-Rachenkrankheiten“ begründet im Jahre 1867 von Gruber, Rüdinger, Voltolini und Weber; gegenwärtig steht sie im 42. Jahre ihrer Existenz und und wird von Prof. L. v. Schroetter, Prof. E. Zuckerkandl, Prof. v. Urbantschitsch, alle in Wien und Prof. Jurasz in Heidelberg (an Stelle des verstorbenen Prof. Schech in München), redigirt, unter Mitwirkung einer ganzen Reihe der hervorragendsten österreichisch-ungarischen, sowie ausländischen Vertreter der Oto-Laryngo-Rhinologie.

Was Special-Gesellschaften für Laryngo-, Rhino- resp. Otologie betrifft, so existirt 1. in Budapest seit dem Jahre 1894 die „Ungarische Gesellschaft der Ohren- und Kehlkopfärzte“, seit 1904 „Ungarische Laryngo-rhinologische Gesellschaft“ genannt, unter dem Präsidium des vielverdienten Nestors des ungarischen Laryngologen Prof. v. Navratil in Budapest, seit dem Jahre 1906 ist sie in die „Rhino-laryngologische“ Section des königlichen ungarischen Aerzte-Vereins“ umgewandelt worden.

2. Im Jahre 1895 wurde die „Wiener laryngologische Gesellschaft“ von Stoerk gegründet; gegenwärtig functionirt als Vorsitzender Prof. Chiari.

Ich habe schon erwähnt, dass Oesterreich-Ungarn, obwohl in Bezug auf die Zahl der dort veröffentlichten Arbeiten aus dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie die fünfte, jedoch in qualitativer Hinsicht eine der ersten Stellen einnimmt.

In der That, abgesehen von der epochemachenden Einführung des Laryngoskops in die ärztliche Praxis durch Türck und Czermak (1858), sowie von der Einführung des Cocains in die Laryngologie von Jellinek, Assistent Prof. Schroetter's im Jahre 1884, die, ähnlich wie die Einführung des Chloroforms für die Grosschirurgie, eine neue Aera für unsere Wissenschaft herbeiführte, indem sie die schwierigsten endolaryngealen Operationen ermöglichte, wurden auch viele

wichtige Fragen aus dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie in Oesterreich-Ungarn auf die glänzendste Weise bearbeitet und gelöst.

Ich will hier vor Allem die fundamentalen Arbeiten über die Nase und ihre Nebenhöhlen von Prof. Zuckerkandl in Wien und Prof. Onodi sowie Prof. Mihalkovics in Budapest erwähnen; weiter gehören hierher die ausgezeichneten Arbeiten über die Pathologie der Nasennebenhöhlen, vor Allem von Doc. Hajek in Wien, sowie Berger und Tyrman in Graz, ferner die ausgezeichneten Arbeiten über die ödematösen Processe des Kehlkopfes (Laryngitis submucosa acuta etc.) ebenfalls von Hajek in Wien, sowie die werthvollen physiologischen Arbeiten über die Innervation des Kehlkopfes und des Rachens von Prof. v. Navratil und Prof. Onodi in Budapest, sowie Dr. Réthi und Prof. Grossmann in Wien; schliesslich ist die ganze Frage des Skleroms der oberen Luftwege durch erschöpfende Arbeiten von Prof. Pieniazek in Krakau, Prof. Juffinger in Insbruck, Prof. Stoerk und Prof. L. v. Schroetter in Wien aufs glänzendste bearbeitet worden.

Es ist auch das Verdienst des ungarischen Laryngologen Loeri in Budapest, dass er 1885 als erster in seiner ausgezeichneten oben erwähnten Monographie einen engen Zusammenhang zwischen den Erkrankungen der oberen Luftwege einerseits und den allgemeinen Störungen des Organismus andererseits bewiesen hat. (Fortsetzung und Schluss folgt.)

III. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Zur Geschichte der alten Rhinologie in Japan.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 145.*

Interessante Zusammenstellung der in alten japanischen Schriften niedergelegten, relativ entwickelten rhinologischen Kenntnisse. F. KLEMPERER.

2) **L. Lenzi** und **A. Pellagrini. Beitrag zur Kenntniss der angeborenen Halscysten. (Contributo alla conoscenza delle cisti congenite del collo.)** *Lo Sperimentale. Bd. I. p. 5. 1906.*

Verff. haben 14 Fälle von angeborener Halscyste einer genauen klinischen und anatomisch-pathologischen Prüfung unterworfen; 8 von den Cysten sassen in der Medianlinie, 6 seitlich. Die Arbeit ist für das Referat nicht geeignet.

FINDER.

3) **Bogoljubow. Eine branchiogene Cyste des Halses. (Branchiogennaja kista schei.)** *Med. Obosrenie. Bd. 68. No. 15.*

Titel besagt den Inhalt. P. HELLAT.

4) **Chevalier Jackson. Unterbindung der Carotis externa in Rhinologie und Pharyngologie. (Ligation of the external carotid in Rhinology and Pharyngology.)** *N. Y. Medical Journal. 17. August 1907.*

Verf. hat die Carotis in 30 Fällen 38mal unterbunden; die Unterbindung

beider Arterien wurde 8mal ausgeführt. Die Unterbindung geschah: In 7 Fällen wegen Nachblutung nach Tonsillotomie; in 4 Fällen zur Verhütung einer Blutung bei der Exstirpation maligner Tumoren der Mandel und Zunge; in 3 Fällen zur Verhütung einer Blutung bei der Exstirpation maligner Antrumtumoren; um das Wachsthum maligner Antrumtumoren aufzuhalten in 4 Fällen, um Blutungen bei der Exstirpation von Nasenrachenfibromen zu vermeiden in 8 Fällen; um spontane Nasenblutung zu stillen in 2 Fällen und um eine postoperative Nasenblutung zu stillen in 2 Fällen.

LEFFERTS.

5) **Mager. Stichverletzung des Halses.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1907.*

Im Anschlusse an die Verletzung der Carotis kam es zu einem traumatischen Aneurysma der Carotis int. und ext., zu einer Verletzung der Nerv. hypoglossus, glossopharyngeus und sympathicus, sowie zu einer Durchtrennung des N. vagus, ohne dass diese pathologische Erscheinungen von Seiten des Herzens, des Blutdrucks oder der Lunge verursachten.

CHIARI.

6) **Elemer v. Tövölgyi** (Budapest). **Von einem neuen Apparat zur äusseren vibrirenden Massirung der Kehle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 559.*

Der Apparat umfasst mit zwei Armen die Kehle, so dass von beiden Seiten, wie beim Massiren mit Daumen und Zeigefinger, vibrirende Bewegung übertragen wird.

F. KLEMPERER.

7) **T. G. Montreal. Die Thymusdrüse. (The thymus gland.)** *5. October 1907.*

Nach seinen eigenen und nach dem Studium der von Flexner ausgeführten Untersuchungen ist Verf. der Ansicht, dass, obwohl man jetzt zu der Erkenntniss gelangt ist, dass cytotoxische Sera schwieriger zu erhalten und weniger specifisch sind, als man zuerst glaubte, doch zugegeben werden muss, dass die Bedeutung der hämatopoetischen und sonstigen Functionen der Thymusdrüse im extrauterinen Leben nicht sehr gross ist.

LEFFERTS.

8) **Friedländer. Vergrösserung der Thymus. (Enlargement of the thymus.)** *N. Y. Medical Journal. 10. August 1907.*

Nach einem Ueberblick über die geschichtliche Entwicklung der Anschauungen über die Vergrösserung der Thymusdrüse bespricht Verf. Symptomatologie, Pathologie und Therapie der Erkrankung, ohne wesentlich Neues zu bringen.

LEFFERTS.

9) **Chevalier Jackson. Tracheostenose durch die Thymusdrüse bedingt. Tracheoskopie; Thymectomie; Heilung. (Thymic tracheo-stenosis; tracheoscopy; thymectomy. Cure.)** *N. Y. Medical Journal. 1. Juni 1907. N. Y. Medical Record. 1. Juni 1907.*

Verf. theilt den 17. Fall einer Heilung eines „Asthma thymicum" durch Exstirpation der Drüse mit, den ersten, bei dem die Radioskopie ausgeführt wurde und den einzigen, bei dem seiner Behauptung nach der Nachweis einer durch die

Thymushypertrophie bedingten Trachealstenose auf tracheoskopischem Wege geführt wurde.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Der Ausspruch Friedleben's, dass es kein Asthma thymicum giebt, beruht auf Irrthum; doch wäre die Bezeichnung thymische Trachealstenose besser. In diesen Fällen ist die Dyspnoe ausgesprochener bei aufrechter Körperhaltung; sie ist exspiratorisch, was im vorliegenden Fall auch tracheoskopisch nachgewiesen wurde. Eine sehr werthvolle diagnostische Hülfsmethode ist die Röntgendurchstrahlung. Eine absolut sichere Diagnose ermöglicht das Tracheoskop. Die Tracheotomie muss möglichst hoch und von der Thymectomiewunde entfernt ausgeführt werden. Eine lange Trachealcanüle, die ungefähr bis zu einem Centimeter oberhalb der Bifurcation reicht, wird eingesetzt und macht die Athmung frei und beseitigt die Gefahr der Asphyxie bei der Thymectomie. Diese ist indicirt und wird am besten so ausgeführt, dass der kleine Finger durch eine transversale Incision hinter das Sternum eingeführt wird, nachdem die Tenotomie beider Sternocleidomastoidei ausgeführt ist. Die Einführung des Fingers soll jedoch nur kurze Zeit dauern, da durch Compression der Nerven Zeichen von Herzstörung eintreten können. Auch muss man sich hüten, die Pleura zu verletzen. Der Aufsatz ist illustrirt.

LEFFERTS.

10) **Notiz des Herausgebers. Behandlung von Carcinom mit Thymusdrüse. (Thymus gland treatment of cancer.)** *N. Y. Medical Record. 24. August 1907.*

Die Notiz nimmt Bezug auf eine in der Juli-Nummer der Annals of Surgery erschienene Arbeit von F. Gwyer, in der dieser die Resultate einer Behandlung von Carcinomfällen mit getrockneter und gepulverter Thymusdrüse mittheilt und zu dem Schlusse kommt, dass diese Behandlung in Fällen, wo die Operation absolut verweigert wird oder die inoperabel sind, anzurathen ist.

LEFFERTS.

11) **Brezovsky. Skleromfall.** *Orvosi Hetilap. No. 37. 1907.*

An den Nasenflügeln, in Nase, Rachen, Kehlkopf typisches, auch bakteriologisch und histologisch constatirtes Sklerom.

v. NAVRATIL.

12) **Otto Mayer** (Graz). **Die Verbreitung des Skleroms in Steiermark.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 428.*

M. stellt 29 Fälle von Sklerom in Steiermark fest und constatirt eine Zunahme und Ausbreitung des Leidens. Er hält das Sklerom für einen durch specifische Bakterien hervorgerufenen infectiösen Process, der unter bestimmten Verhältnissen übertragbar, contagiös ist. Er fordert in Anlehnung an die zuerst von Streit gemachten Vorschläge zur Bekämpfung des Skleroms, auch für Oesterreich die Maassregeln der Anzeigepflicht der Erkrankung und die Isolirung der Kranken.

F. KLEMPERER.

13) **Ernst Linck** (Königsberg). **Bemerkungen über das Sklerom nebst Mittheilung eines neuen ostpreussischen Falles.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 115.*

Verf. berichtet über einen neuen in der Gerber'schen Klinik beobachteten Fall, sowie über den Verlauf der Krankheit bei zwei älteren Fällen, schliesslich

über einen sehr vorgeschrittenen Fall aus Russland, der durch die Mitbetheiligung der Trachea und dadurch, dass der Patient den besseren Ständen angehört, bemerkenswerth ist.

F. KLEMPERER.

14) **Eugen Pollak** (Graz). **Gesichtsschutzvorrichtungen für den Arzt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 157.*

Gesichtsschutzrahmen und Gesichtsvorhang zum Schutze gegen Anhusten und Anspucken; zu beziehen bei H. Reiner, Wien.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **Bruck** (Berlin). **Ueber die plötzlich entstandene, flüchtige Nasenröthe und ihre sofortige Beseitigung durch Benzin.** *Med. Klinik. 5. 1907.*

Mit Benzin befeuchteten hydrophilen Mull oder Lint führe man sehr schnell zur Nase und drücke solche Compresse, ohne damit zu reiben, einige Secunden an, indem man streng darauf achtet, dass auch wirklich die ganze vom Erythem ergriffene Hautstelle damit bedeckt wird.

SEIFERT.

16) **G. Alagna. Haemoangioendotheliom der äusseren Nase. (Emoangioendotelioma del naso esterno.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. März 1907.*

Es handelt sich um eine 72jährige Frau, die vor 4 Jahren einen heftigen Schlag gegen die Nasenwurzel erhalten hatte. Es hat sich an derselben Stelle ein nussgrosser, cystisch aussehender indolenter Tumor gebildet. Auf Grund des Ergebnisses, das die histologische Untersuchung des exstirpirten Tumors hatte, nimmt Verf. an, dass sich im Anschluss an das Trauma ein richtiges Haemangiom bildete, dessen Gefässendothel eine carcinomatöse Umwandlung erfuhr.

FINDER.

17) **Gütig** (Wien). **Zur operativen Behandlung des Rhinophyma.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1907.*

Sehr wichtig ist die Belassung eines schmalen Saumes am Nasenrand und an der Nasenspitze und die Deckung der bis auf das Perichondrium abgeschälten Nase mit Epidermislappen, welche den abgetragenen Geschwülsten selbst entstammen.

CHIARI.

18) **Moszkowicz. Verkleinerung der Nase.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1907.*

Eine monströse Nase eines 20jährigen Mädchens wurde nach der von Gersuny ausgearbeiteten Methode mit bestem Erfolge verkleinert. M. operirte in diesem Falle ohne Durchtrennung des häutigen Septums von einem Schleimhautschnitt der Nase aus ähnlich wie bei der Killian'schen Deviationsoperation. Sonst verbleibt keine äusserlich sichtbare Narbe.

CHIARI.

19) **Foramitti. Rhinoplastik.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 25. October 1907.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1907.*

Vorstellung einiger Fälle von Plastik der Nase bei theilweisem und vollständigem Defect derselben. Im letzten Falle wurde als vorbereitende Operation

für die spätere Nasenplastik eine 12 cm lange Knochenspange der Tibia entnommen und unter die Haut der Stirne implantirt. CHIARI-HANSZEL.

20) **M. T. Finney** (Baltimore). **Eine neue Methode der Rhinoplastik. (A new method of rhinoplasty.)** *N. Y. Medical Journal. 10. August 1907.*

Zur plastischen Wiederherstellung einer durch syphilitische Nekrose zerstörten Nase benutzte Verf. den Ringfinger der linken Hand. LEFFERTS.

21) **Leisdmer** (Wien). **Erfahrungen über Rhinoplastik.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 84. 1907.*

Bericht über 29 von v. Eiselsberg ausgeführte partielle und totale Rhinoplastiken. SEIFERT.

22) **Schilling** (Christiania). **Rhinoplastik.** *Nordisk chirurg. Forening. 7. Möde 1907. Hospitals Tidende. p. 1112. 1907.*

Demonstration von Patienten. E. SCHMIEGELOW.

23) **Slatowerow. Ueber Correctur der Nasendeformationen durch Paraffinprothesen. (Ob esprawlenii deformatii nosa poshedetwom paraffinnich protesow.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6 u. 7. 1907.*

Der Artikel enthält einen kurzen Ueberblick über die Literatur und die Methode, welche der Autor beobachtet. Er benutzt die Spritze von Onodi und wendet Hartparaffin an. P. HELLAT.

24) **A. E. Davis. Ein Protest gegen die Anwendung von Paraffininjectionen in der Nähe des Auges. (A protest again the employement of paraffin injectiens near the eyes.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

Verf. theilt zwei Fälle mit. In dem ersten ist nach Injection in den Nasenrücken Paraffin in das obere Augenlid eingetreten. Der zweite Fall ist auch ein ganz einzigartiger. In diesem wurde eine feste Paraffinkugel nach einer wegen Trauma vorgenommenen Enucleation des Bulbus in die Tenon'sche Kapsel eingelegt. Das Resultat war, dass eine solide Paraffinmasse aus dem hinteren Theil der Tenon'schen Kapsel in den hinteren Abschnitt der Orbita eintrat, auf den Nervus opticus drückte und deutliche Symptome einer sympathischen Reizung in dem anderen Auge verursachte. Verf. erinnert an die Fälle von Embolie der A. centralis retinae, die nach Paraffininjectionen berichtet worden sind und warnt eindringlich vor der Injection in der Nähe des Auges. LEFFERTS.

25) **Herchell Harris. Paraffinnase. (Paraffin nose.)** *Australasian Medical Gazette. 20. September 1907.*

Vorstellung eines Falles, bei dem vor 6 Jahren wegen syphilitischer Sattelnase Paraffin von 43° Schmelzpunkt injicirt worden war. Die Nase hat ein fast normales Aussehen; es ist keine Spur von Paraffin zu fühlen.

A. J. BRADY.

26) **Reiss** (Wien). **Ein Beitrag zur Correctur der Sattelnasen durch Paraffininjectionen nach Mahu.** *Oesterr. Aerzte-Zeitung. No. 2. 1908.*

Beschreibung und Empfehlung der Parffinspritze nach Mahu (hergestellt von Collin in Paris). CHIARI.

27) **Robert Leroux** (Paris). **Der Einschluss von 78°igem Paraffin zur Nasenprothese. (L'inclusion de paraffine à 78° en prothèse nasale.)** *Presse médicale. 25. Januar 1908.*

Die Einbringung von sehr hartem Paraffin unter die Haut schützt vor den unliebsamen Vorkommnissen, die bei andersartiger Anwendung von Paraffin bisweilen berichtet worden sind. Verf. beschreibt die Technik des Verfahrens. Um das Paraffin unter die Gewebe zu bringen, bedient er sich eines gewöhnlichen Punctionstroicarts, dessen Mandrin ihm zum Vorstossen der Masse dient.

GONTIER de la ROCHE.

28) **M. Magnus** (Königsberg). **Ueber angeborene, gutartige, intranasale Neubildungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 433.*

Gestielter Tumor von der Grösse und Gestalt eines Pflaumenkerns mit der kalten Schlinge aus der rechten Nasenseite eines 4 Monate alten Kindes entfernt. Nach Consistenz und Aussehen Verdacht auf Malignität; die mikroskopische Untersuchung jedoch ergab keine Anhaltspunkte für Bösartigkeit.

F. KLEMPERER.

29) **Hermann Ivo Wolff** (Berlin). **Zur Histologie der gutartigen Nasentumoren.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 8. 1907.*

Entsprechender Bericht über vier Fälle: 1. Hartes Fibrom am Naseneingang; 2. zwei Angiofibrome; 3. Papillom am Septum; 4. Choanalrandpolyp mit Knocheneinschluss.

HECHT.

30) **Herm. Torhorst** (Strassburg i. E.). **Ueber die sogen. „blutenden Polypen" der Nasenschleimhaut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 268.*

Untersuchung von 13 blutenden Polypen, von denen 12 vom Septum, 1 von der mittleren Muschel ihren Ursprung nahmen; 7 mal sass der Polyp rechts, 6 mal auf der linken Seite; stets trat er nur einseitig auf. Die Grösse schwankte zwischen Kirsch- und Wallnussgrösse. Histologisch stellen sich die Polypen nach Verf. dar als „eine Art Tumor, bei dem Gefässe und Bindegewebe den hervorgendsten Antheil an der Geschwulst nehmen, ab und zu aber auch Granulationsgewebe sich geltend macht, und zwar so, dass einmal mehr ein angiomatöses Fibrom oder ein Fibroangiom, auch wohl ein teleangiectatisches Fibrom oder ein andermal mehr ein cavernöses Angiom vorzuliegen scheint. Immer aber ist der Tumor von durchaus gutartiger Natur, wenn auch manche Stellen vielleicht einen an Sarkom erinnernden Bau zeigen."

F. KLEMPERER.

31) **Stefanowski. Einiges über Nasenpolypen, welche ich vom Jahre 1896 bis 1906 in Kasan und in der Wolga-Kama-Gegend beobachtet habe. (Nekotorija dannija o nosowich polip, nabljud. mnoju s 1896—1906 g. w kasani i Wolschko-kamskom kraje.)** *Jeshemesjatschnik. April und Mai 1907.*

S. beobachtete in der genannten Periode unter 5086 Ohren-, Nasen- und Halskranken 1370 Fälle mit chronischem Nasenleiden, unter denen 95 Polypen. Die grösste Zahl (40 pCt.) von ihnen entfiel auf die Jahre von 20—40, 35 pCt. rechts, 47 pCt. links, 18 pCt. beiderseits. 14,6 pCt. litten an Schwindel, Kopfschmerz und an Asthma.

P. HELLAT.

32) **H. Schloffer** (Innsbruck). **Erfolgreiche Operation eines Hypophysentumors auf nasalem Wege.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 21 u. 22. 1907.*

Sch. gewann nach Aufklappung der äusseren Nase, Ausräumung der inneren Nase und Entfernung der inneren Wand der Orbita und Highmorshöhle vollkommen genügenden Einblick auch ohne Reflectoren. — Von mehr chirurgischem Interesse.

CHIARI.

33) **Kanitz. Zwei Rhinoskleromfälle.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1907.*

Casuistische Mittheilung.

v. NAVRATIL.

34) **Belogolowow. Versuch der Tiosinaminanwendung bei Rhinosklerom. (Popitka primenenija tiosinamine pri rinosklerome.)** *Jeshemesjataschnik. No. 4. 1907.*

B. versuchte das Mittel in zwei Fällen im Verlauf von einem Monat jeden zweiten Tag. Der Erfolg war sehr gering.

P. HELLAT.

35) **A. Martin** (Barcelona). **Ein Fall von Sarkom der Regio ethmoido-sphenoidalis. (Un caso de sarcoma de la región etmoido-esfenoidal.)** *Revista Barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. II.*

Beschreibung eines inoperablen Falles.

TAPIA.

36) **Walker Downie. Nasensarkom. (Sarcoma of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 31. August 1907.*

Die erfolgreiche Behandlung der Nasensarkome hängt ab von der frühzeitigen Diagnose und der radicalen Entfernung der Geschwulst. Verf. spricht nur von den Fällen, in denen der primäre Sitz der Tumoren in der Nasenhöhle sich befindet; er schaltet also alle diejenigen aus, in denen er secundär aus der Kieferhöhle vom Oberkiefer oder Keilbein aus in die Nasenhöhle hineingewachsen war. In den hier in Betracht kommenden Fällen, in denen die Geschwulst meist ihren Sitz in der lateralen Masse des Siebbeins, der mittleren Muschel oder der nasoventralen Wand sich befindet, soll sie per vias naturales mit schneidender Zange, Curetten etc. entfernt werden. Die Wiederholung dieser Maassnahmen ist eventuell nöthig, bis die ganze Geschwulst entfernt ist. Diese Methode ist jedoch nur in der Minderzahl der Fälle anzuwenden, in der die Diagnose frühzeitig genug gestellt worden ist. Ist das Septum mitergriffen oder ist das Verbreitungsgebiet der Erkrankung bereits ein grosses, dann ist die äussere Operation anzuempfehlen.

LEFFERTS.

37) **A. von zur Mühlen** (Riga). **Eine Modification des Krause'schen Polypenschnürers.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 361.*

Einführung einer Schraube am Fusse des Polypenschnürers, durch welche die um das hintere Muschelende fest zugezogene Drahtschlinge in ihrer Lage fixirt wird. Der Handgriff wird nun entfernt, Schlinge und Schlingenführer bleiben viele Stunden lang liegen. Wird danach der Handgriff wieder angelegt und die Operation vollendet, so ist die Blutung nach Verf.'s Erfahrungen eine minimale.

F. KLEMPERER.

38) **W. Freudenthal. Tod infolge unvorsichtiger Tamponade der Nase; nebst einigen Bemerkungen über die Behandlung von Nasenblutungen. (Death due to careless plugging of the nose; with a few remarks on the treatment of nasal hemorrhage.)** *International Journal of Surgery. Juli 1905.*

Patient hatte starkes Nasenbluten gehabt und war tamponirt worden. Drei Tage darauf kam er in F.'s Beobachtung; er fand ein 6 cm langes Wattestück mit gekreuzten Heftpflasterstreifen an der Oberlippe befestigt. Von der Mitte dieses Wattestreifens verlief ein Faden in das linke Nasenloch und ein anderer Faden nach oben und unten über das Ohr und in den Mund. Wiederholte Versuche, auch in Chloroformnarkose, den Tampon zu entfernen, misslangen. Am nächsten Tage wurde eine Operation von aussen vorgenommen und man fand den Tampon in der Kieferhöhle, in die er gewaltsam hineingetrieben war. Vier Tage später starb Patient an Sepsis. Verf. wendet nach intranasalen Operationen Stypticin in Dosen von 0,006—0,01 drei- bis fünfmal täglich an. EMIL MAYER.

39) **B. Goldschmidt** (Berlin). **Zur Frage der Nasentamponade.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 5. 1907.*

Bezugnehmend auf die Publication Choronshitzky's verwirft G. die von jenem empfohlene Tamponade mit Eisenchloridwatte wegen der ihr anhaftenden Nachtheile. Am besten ist überhaupt die offene Wundbehandlung ohne jede Tamponade. Zur Vermeidung etwaiger Nachblutungen lässt G. den Patienten in den nächstfolgenden Stunden nach der Operation etwa alle 15—20 Minuten eine kleine Menge eines 1 prom. Renoform-Borsäure-Milchzuckerpulvers aufschnupfen oder sich selbst einblasen. Auf diese Weise gelang es Autor „in einer sehr grossen Anzahl operirter Fälle die lästige Tamponade zu umgehen". In Fällen, in denen aus äusseren oder individuellen Rücksichten trotzdem tamponirt werden muss, hat sich Verf. eine nach seinen Angaben angefertigte Renoform-Verbandwatte oder -Gaze — nach vorheriger Einstäubung von Xeroform oder Protargol auf das Operationsgebiet — sehr gut bewährt. HECHT.

40) **G. Lennhoff** (Berlin). **Zur Tamponade der Nase und des Nasenrachenraums.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 47.*

Verf. bespricht eingehend die Methodik und die Vorzüge seiner bereits früher beschriebenen Tamponade der Nase mittels „Zugstreifentampon".

F. KLEMPERER.

41) **Ruprecht** (Bremen). **Schichtweise Nasentamponade.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 562.*

R. macht im Anschluss an Freer's Aufsatz über „die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand etc.", in welchem eine schichtweise Tamponade beschrieben wird, darauf aufmerksam, dass er vor einigen Jahren bereits die gleiche Methode angegeben hat. F. KLEMPERER.

42) **Fronstein. Differentialdiagnose normaler und pathologischer Rachenmandeln. (Otlitschitelnoe razposnawanie normalnoi i potologitschneskoi mindaline.)** *Chirurgia. October 1907.*

F. untersuchte 223 Schulkinder und versuchte irgend ein objectives Krite-

rium für die Vergrösserung der Rachenmandel festzustellen. Er möchte glatte, feste Mandeln für normal, höckerige und weiche für pathologische gehalten wissen. Nach diesem Kriterium stellte sich der Procentsatz 24,5 pCt. für normale und 29,1 pCt. für pathologische Mandeln heraus. Zum Schluss kommt F. jedoch zu dem Resultate, dass wir leider kein einigermaassen verlässliches Kriterium für die Bestimmung der Vergrösserung haben.

P. HELLAT.

43) **Gawrilow. Zur Frage der Häufigkeit der Adenoiden, des Zusammenhanges mit der Vergrösserung der Gaumenmandeln und der Form des Kopfes und ihrer Veränderung im Verlaufe der Zeit. (K woprosu o tschastche adenoidow, o swjasi ich s uwelitscheniem nebnick mindalin i s formaju golowi i ob ich ismenenii wo wremeni.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6. 1907.*

Die Arbeit enthält hauptsächlich Tabellen und Zahlen, daher zum Referat nicht geeignet.

P. HELLAT.

44) **C. Serebrjakoff** (Bern). **Ueber die Involution der normalen und hyperplastischen Rachenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 502.*

Die von Verf. untersuchten Rachenmanpelhyperplasien Erwachsener unterschieden sich in keiner Weise von ähnlichen Bildungen des kindlichen Alters. Die statistischen Erhebungen zeigen, dass die Involution der normalen und der mässig vergrösserten Rachenmandel ein mit ziemlicher Regelmässigkeit sich vollziehender Vorgang ist, der mit den Pubertätsjahren einsetzt und mit dem 25. Altersjahr gewöhnlich vollendet ist. Der histologische Vorgang bei diesem Involutionsprocess ist ein derartiger, dass die epitheliale Bedeckung der adenoiden Rachenmandelhyperplasien den Charakter des Cylinderepithels verliert und denjenigen des Plattenepithels annimmt: das adenoide Gewebe wird dabei rareficirt durch Auftreten von zahlreichen Gefässspalten (Lymph- und Blutgefässe); die Follikel und deren Keimcentren leisten der Rarefication länger Widerstand, als das interfolliculäre Gewebe; Hand in Hand mit der Rückbildung des adenoiden Polsters geht eine ausgedehnte subepitheliale Cystenbildung.

F. KLEMPERER.

45) **Hasslauer** (München). **Eine seltene Erkrankung der Rachenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 127.*

Es handelt sich um einen Fall von Herpes tonsillae pharyngis.

F. KLEMPERER.

46) **E. Hamilton White. Pathologie der Adenoiden und der Adenoidtuberculose. (Pathology of adenoids and adenoid tuberculosis.)** *Amer. Journ. Med. Scs. August 1907.*

1. Primäre Tuberculose findet sich in einem gewissen Procentsatz aller Fälle von Adenoiden; Verf. schätzt ihn auf circa 5 pCt.

2. Um das Vorhandensein von Tuberculose der adenoiden Vegetationen festzustellen, erweist sich die histologische Methode als die befriedigendste.

3. Tuberculose scheint kein wichtiger Factor beim Zustandekommen der Adenoidhypertrophie zu sein.

4. Adenoide und Tonsille sind die wichtigsten Eintrittspforten für Tuberculose.

A. LOGAN TURNER.

47) **Filè-Bonazzola. Beziehungen zwischen adenoiden Vegetationen und einigen Infectionskrankheiten. (Rapporti fra vegetazioni adenoidi ed alcune malattie infettive.)** *Revista di Clinica pediatrica. December 1907.*

Was die von einigen Autoren so grosse Bedeutung beigelegte Entzündung des Nasenrachens im Verlauf der Masern anbelangt, so findet sie Verf. unerheblich, um an sich eine dauernde Hypertrophie der Luschka'schen Tonsille herbeizuführen. Adenoide Vegetationen und Masern sind daher nur ein zufälliges Zusammentreffen. Dagegen betont Verf. immer wieder, dass sehr häufig ein Zusammenhang zwischen adenoiden Wucherungen und katarrhalischer Entzündung eines mehr oder minder grossen Theiles des Respirationstractus besteht. Ein Zusammenhang zwischen Scharlach und adenoiden Vegetationen ist bisher nicht hinreichend nachgewiesen. Dagegen sind sie bei Diphtherie circa in 50 pCt. nachgewiesen worden; Verf. meint, dass die sogenannte latente Diphtherie häufig von dort ihren Ausgang nimmt.

FINDER.

48) **Mekler. Ueber Entzündungen adenoider Wucherung des Nasenrachens. (O wospolenijach adenoidnich rasraschtschenii nosaglotki.)** *Jeshemesjatschnik. No.* 8. *1907.*

Mittheilung eines Falles von primärer Entzündung der adenoiden Vegetationen.

P. HELLAT.

49) **Zalewski, Sedziak. Ueber die Operation der hypertrophischen Rachentonsillen bei den Taubstummen. (W sprawie operacyi przevoslego migdarka gardlowego przy gluchoniemocie.)** *Przeglad Lekarskie. No. 51. 1907.*

Zalewski stimmt mit Sedziak in der Ansicht über die Nothwendigkeit der Entfernung von adenoiden Vegetationen bei jedem Fall von Taubstummheit nicht überein; dagegen räth er zur Entfernung nur in den Fällen, bei denen als Ursache der Taubstummheit nur Veränderungen im Mittelohr auftreten, oder dann, wenn ausser Veränderungen der inneren Theile des Gehörganges auch im Mittelohre solche vorhanden sind. Sedziak bemerkt in seiner Antwort, die er Zalewski giebt, dass ausser den von Zalewski gegebenen Indicationen in Fällen von Taubstummheit man die Vegetationen auf Grund des guten Einflusses der Operation auf andere secundäre Erscheinungen entfernen muss. Im Allgemeinen hält Sedziak die Operationen der adenoiden Vegetationen für eine prophylactische Heilmethode.

A. v. SOKOLOWSKI.

50) **Otto J. Freer. Die Entfernung adenoider Vegetationen durch die Nase mittels einer neuen Methode. (The removal of adenoids vegetations through the nasal passages by a new method.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Cfr. Verhandlungen der 28. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

51) **F. L. Wachenheim. Späte Secundärblutung nach Entfernung von adenoiden Wucherungen. (Late secondary hemorrhage following the removal of adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 26. October 1907.*

Verf. berichtet über zwei Fälle. Im ersten Fall handelt es sich um eine am

5. Tage nach der Operation auftretende schwere Nachblutung bei einem zum dritten Male operirten Mädchen, die schliesslich durch Anwendung von Adrenalin und Kälte zum Stehen gebracht wurde. In dem zweiten Falle trat die Nachblutung ebenfalls am 5. Tage auf; sie wurde durch locale Application von starkem Essig gestillt. Verf. hält das Adrenalin in solchen Fällen für wirkungslos; viel besser sind Adstringentia, unter denen das empfehlenswertheste Essig ist. Seine Application geschieht am leichtesten von vornher durch die Nase. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

52) **N. Loewenthal. Bemerkungen über die Glandula submaxillaris des Igels. (Note sur la glande sous-maxillaire du herisson.)** *Bibliographie anatomique. Fasc. 3. T. XVI. S. 167. 1907.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

53) **Joseph S. Gibb. Steine in den Speichelgängen; Bericht über einen Fall. (Calculi in the salivary ducts; report of a case.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Der Fall, sowie die zur Entfernung des Steins angewandte Technik bieten nichts Besonderes. EMIL MAYER.

54) **Santaló** (Algeciras). **Speichelstein im Wharton'schen Gange. (Cálcule saliver del conducte de Wharton.)** *Boletin de laringologia. No. 40.*

Das Kalkconcrement misst 15 cm in der Länge und 2 cm in der Dicke; die Störungen resultirten aus der Verlegung des Ganges. Schnelle Heilung nach Extraction. TAPIA.

55) **B. Choronshitzky** (Warschau). **Ueber Speichelsteinbildung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 523.*

Entfernung eines schneeweissen, birnförmigen Speichelsteins von 17 mm Länge und 8 mm Breite aus dem Ductus Bartholinianus. Der Stein war der Länge nach durch einen 1 mm weiten Canal durchbohrt. Infolgedessen war der Speichelfluss nicht gestört und die Drüse anatomisch normal. Verf. schliesst aus dem Vorhandensein des axialen Canals, dass der Speichel bei der Bildung des Steins keine Rolle spielt, vielmehr die Ductuswand zur Bildung desselben Anlass giebt.

F. KLEMPERER.

56) **Korentschewski. Zur Bakteriologie der Parotitis epidemica. (K bakteriologii epedem. sauschnizi.)** *R. Wratsch. No. 44 u. 45. 1907.*

Die Arbeit ist ausgeführt im Moskauer bakteriologischen Institut und trägt alle Zeichen einer soliden, gewissenhaften Forschung. Durch die vielen Tabellen ist sie zum Referat wenig geeignet. Es seien daher nur einige Schlussfolgerungen angeführt:

1. Aus dem Ductus Stenonianus wird fast immer ein Diplococcus gefunden.

2. Diplococcus von Teissier-Esmein und der des Verf.'s sind miteinander identisch. Sie wurden in 75 Fällen 43mal im Blut gefunden, in den Ausschwitzungen der Drüse in 29 Fällen 21mal.



3. Wenn die Krankheit zu Ende neigt, ist der Diplococcus leichter in der Drüse als im Blute zu finden.

4. In leichten Fällen konnte der Diplococcus im Blute überhaupt nicht gefunden werden.

5. Bei Thieren gelang es nicht, eine ähnliche Krankheit hervorzurufen.

6. In die Drüse gelangt der Erreger von der Mundhöhle aus.

7. Wenn der Diplococcus in grossen Mengen in das Blut geräth, können typhusähnliche Symptome auftreten.

8. Der beschriebene Diplococcus ist als der specifische Erreger der Parotitis epidemica anzusehen.

P. HELLAT.

57) **Denailly. Epitheliom des Unterkiefers. (Epithéliome du maxillaire inférieur.)** *Journal des sciences-médicales de Lille. 24. August 1907.*

Es handelte sich um einen Patienten, der 6 Jahre vorher wegen eines Epithelioms am Mundboden operirt worden war. Ein Recidiv trat auf der Zunge und später am Unterkiefer auf. Es wurde die linke Hälfte des Unterkiefers entfernt. Am nächsten Tage starb Patient an Pneumonie.

BRINDEL.

58) **Lenoir. Narbige Ankylose des Kiefers, hervorgerufen durch einen Fremdkörper. (Ankylose cicatricielle de la mâchoire due à la présence d'un cerps étranger.)** *La Clinique. No. 8. 1907.*

Die metallene Spitze eines Regenschirms von 3,5 cm Länge und 1 cm Durchmesser, in deren Innerem noch ein Stück Holz sass, war zwischen Jochbogen und Schläfenbein eingedrungen und da abgebrochen. L. bekam den Patienten 18 Monate später zu Gesicht und entdeckte bei der Untersuchung mit dem Finger vom Munde aus den Fremdkörper, der bis dahin im Verborgenen geblieben. Trotz Entfernung desselben blieb eine Narbenstenose des Kiefers zurück.

BAYER.

59) **Snoeck. Contentivapparat für Unterkieferfractur. (Appareil de contention pour fracture du maxillaire inférieur.)** *Le Belgique méd. No. 43. 1907.*

Beschreibung eines dem von Delair angegebenen ähnlichen Stützapparates, angelegt bei einem 3jährigen Kinde mit einer vollständigen Fractur des Körpers des Unterkiefers zwischen den seitlichen Schneidezähnen und dem linken Eckzahn.

BAYER.

60) **Vallas** (Lyon). **Ueber unmittelbare Prothese nach Resectionen des Unterkiefers. (Sur la prothèse immédiate à la suite des resections de la mâchoire inférieure.)** *Société de Chirurgie. 8. December 1907.*

Um ein gutes Endresultat zu erzielen, ist es nöthig, den M. orbicularis oris zu schonen, damit der continuirliche Speichelfluss vermieden wird; ferner muss genügend Gewebe stehen gelassen werden, um den Apparat zu verdecken. Letzterer soll so construirt sein, dass er keinerlei Dehnung auf die Wundränder ausübt. Ferner muss man die Infection der Mundwunde verhüten; Verf. empfiehlt zu diesem Zweck, den Apparat von zahlreichen Canälen durchlöchern zu lassen und durch diese reichliche und häufige Spülungen vorzunehmen.

GONTIER de la ROCHE.



61) **Santiuste** (Santander). **Chronischer Rachenkatarrh gastrischen Ursprungs. (Catarro cronico de la faringe de origen gastrico.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 10. November 1907.*

Verf. hat Fälle beobachtet, in denen Heilung einer Hyperchlorhydrie auch Heilung des Rachenkatarrhs zur Folge hatte.

TAPIA.

62) **A. Iwanow. Ueber granulöse Pharyngitis. (O granulesnom faringite.)** *Mitth. der Kazan. Klinik. Bd. 2. S. 61.*

I. untersuchte mikroskopisch die Granula von gewöhnlicher chronischer Pharyngitis und bei Pharyngitis adenoidalis. Die ersteren bestehen hauptsächlich aus entzündlichem, letztere aus hyperplastischem lymphoiden Gewebe. In Bezug auf die Aetiologie sind das auch zwei verschiedene Krankheiten.

P. HELLAT.

63) **W. Uffenorde** (Göttingen.) **Ueber Pharyngitis lateralis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 10.*

Verf. bespricht ausführlich die Symptomatologie, Aetiologie, Prognose und Therapie der Affection. Bezüglich der letzteren empfiehlt er zunächst neben diätetischen Maassregeln, Verbot von Rauchen, Bier, scharf gewürzten, zu heissen Speisen etc., einige Tage mit essigsaurer Thonerdelösung gurgeln zu lassen, event. mit 2proc. Chlorzinklösung den Rhinopharynx zu touchiren. Bei ausgesprocheneren Veränderungen ätzt er mit Trichloressigsäure, meist wiederholt in 8tägigen Intervallen. Bei sehr starken Schwellungen kommt die Excision in Frage, für die Verf. die Halle'sche Scheere oder auch als sehr zweckmässig ein gut schneidendes Hartmann'sches Conchotom benutzt. — Zum Schlusse macht Verf. auf die Beziehung der Seitenstrangaffectionen des Rachens zu dem von Boenninghaus kürzlich beschriebenen „sensiblen Reizzustand des oberen und unteren Kehlkopfnerven" aufmerksam, den B. als eine Neuritis laryngea deutet. Verf. hält es für möglich, dass der von B. beschriebene Symptomencomplex oft durch laterale Pharyngitis bedingt ist.

F. KLEMPERER.

64) **Baumgarten. Auffallende Pulsation der Pharynxarterien.** *Orvosi Hetilap. No. 52. 1907.*

In einem Falle von Insufficienz und Stenose der Aortenklappen sind die Arteriae pharyngeae ascendentes kleinfingerdick und pulsiren stark.

v. NAVRATIL.

65) **Knoblach** (Rennertshofen). **Ueber einen Fall von Tuberculose des Pharynx.** *Dissert. Erlangen 1905.*

Bei einem 27jährigen Barbier breitete sich die Tuberculose über die ganze Oberfläche der Zungenwurzel, des weichen Gaumens, der Gaumenbögen, der Uvula und des vorderen Theiles des Kehldeckels aus.

SEIFERT.

66) **Dénis. Fieberlose Tuberculose der hinteren Mundhöhle und des Rachens. (Tuberculose afébrile de l'arrière-bouche et du pharynx.)** *La Presse Méd. Belge. No. 13. 1907.*

In der Sitzung der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler vom 9. Februar 1907 stellt D. einen 25jährigen Mann vor ohne hereditäre Antecedentien,



welcher im Alter von 14 Jahren eine Pleuritis durchgemacht hatte und bei dem keine Spur von erworbener oder hereditärer Syphilis zu entdecken ist. Halsschmerzen seit 3 Monaten, besonders beim Schlucken, Rauhigkeit und Husten: keine Hämorrhagie noch erhöhte Temperatur; das Gaumensegel, die Mandeln und der Pharynx sind mit kleinen grauen Erosionen belegt, welche sich auf dem rothen Grund ausbreiten. Die wiederholte Untersuchung des Auswurfs ergab spärliche Koch'sche Bacillen, demnach ohne Zweifel „afebrile Tuberculose“.

BAYER.

67) Goethe Luik. **Acutes Oedem des Pharynx nebst Bericht über einen Fall, der schleunige Tracheotomie erforderlich machte. (Acute edema of the pharynx with report of a case requiring rapid tracheotomy.)** *N. Y. Medical Journal. 2. März 1907.*

Die Diagnose wurde mittels des Fingers (?) gestellt; der Kehlkopf wurde nicht untersucht.

LEFFERTS.

68) Candron. **Gangrän des Pharynx nach einer Calomeldosis. (Gangrene of pharynx following a dose of calomel.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Juli 1907.*

Ein 62 jähriger Patient nahm wegen Obstipation etwas Calomel in einer Kapsel. Patient bekam einen heftigen Hustenanfall, die Kapsel ging auf und ein Theil des Pulvers wurde durch Husten und Exspectoration wieder hervorgebracht. Um die Irritation im Halse zu beseitigen, wurde Milch getrunken. 24 Stunden später klagte Patient über Schluckschmerzen, so dass er nur noch kalte Flüssigkeiten zu sich nehmen konnte. Bei einer nach einigen Tagen vorgenommenen Untersuchung fand man in der Mitte des Pharynx einen grauen Schorf, der von einer gerötheten und etwas geschwollenen Schleimhautzone umgeben war. Es wurde Wasserstoffsuperoxyd applicirt und nach 3 Wochen war der Schorf verschwunden und die Wunde vernarbt.

LEFFERTS.

69) Agrapaa. **Prothetische Behandlung der Obstructionen des Pharynx. (Tratamiento protesico de las obstrucciones de la faringe.)** *La Odontologiá. April 1907.*

Beschreibung eines sehr ingeniösen Apparates, der Schlucken, Athmung und Phonation erleichtert.

TAPIA.

70) Q. und F. Martin (Lyon). **Anwendung einer Prothese bei pharyngealen Verwachsungen. (Application de la prothèse dans le cas de symphyse staphylo-pharyngienne.)** *Congrès de médecine. Paris, 14. April 1907.*

Nach chirurgischer Loslösung der Verwachsungen lassen Verff. den Patienten eine aus Kautschuk gebildete Prothese tragen, die eine an der Leiche genommene Moulage des Nasenrachens darstellt. Sie haben gute Resultate erzielt.

GONTIER de la ROCHE

d. Diphtherie und Croup.

71) **G. Appiani** (Padua). **Die Behandlung der verschiedenen Localisationen der Diphtherie in den oberen Luftwegen. (La cura delle varie localizzazioni difteriche nelle prime vie aeree.)** *VI. Italienischer Congress für Pädiatrie. 2. bis 6. October 1907.*

Verf. bespricht die verschiedenen Methoden der Localbehandlung: das bivalente Sclavo'sche Serum, Wasserstoffsuperoxyd, Löffler'sches Gemisch, Ausspülungen etc. Er hat gefunden, dass abwechselnde Anwendung von Sclavo'schem Serum und Wasserstoffsuperoxyd gute Resultate giebt; bei nekrotischen Formen wirkt besser das Löffler'sche Gemisch und Wasserstoffsuperoxyd.

FINDER.

72) **Freidino** (Tschernigoff). **Beobachtungen über larvirte Diphtherie.** *Dissert. Zürich 1907.*

85 Fälle aus der Kinderklinik von 1900—1905: Schleichende Erkrankung an Angina simplex oder Verdauungsbeschwerden mit geringem Fieber. Dann plötzlich Membranen im Rachen oder Kehlkopfstenose und häufig Exitus. Oft erst bei der Autopsie Stellung der mikroskopischen Diagnose. 21 Fälle traten bald nach abgelaufenem Scharlach auf.

JONQUIÈRE.

73) **Moltschanow. Zur Pathogenese cerebraler Hemiplegie nach Diphtherie im Zusammenhang mit der Theorie der diphtheritischen Thrombosen des Herzens. (A patogenesu zerebralnich gemiplegii peale difterii w swjas s uticheniem o difft. trombose serdsa.)** *Med. Obosrenie. 1907.*

Die Mittheilung eines schweren Diphtheriefalles bei einem 10jährigen Mädchen, welches 21000 Einheiten Antidiphtherieserum erhielt, bei dem aber trotzdem Hemiplegie und Tod am 13. Tage eintrat. Es lagen eine Erweichung des linken Linsenkernes, Verstopfung der linken Art. foss. Sylv. und Thrombose im linken Ventrikel vor.

P. HELLAT.

74) **Blay** (Valencia). **Zwei Fälle von diphtherischer Lähmung durch Antidiphtherieserum geheilt. (Dos casos de paralysis diftericas curados por el suero Roux.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 14. September 1907.*

Ein 11jähriges und ein 5jähriges Mädchen bekamen nach Diphtherie doppelseitige Gaumensegellähmung, Schwäche der unteren Extremitäten und Strabismus. Alle Erscheinungen verschwanden innerhalb 3 Tagen bei dem einen nach Anwendung von 60, bei dem anderen von 50 ccm Roux'schen Serums.

TAPIA.

75) **A. Montefusco. Ueber Intubation wegen Croup bei Säuglingen. (Sulla intubazione per croup nei bambini poppanti.)** *La Pediatria. Februar 1908.*

Verf. hat 74 Säuglinge unter 10 Monaten an diphtherischem Croup behandelt; von diesen wurde die Intubation nöthig bei 45, von denen 20 (44,4 pCt.) starben. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Intubation bei Säuglingen bietet keine besonderen technischen Schwierigkeiten; die Ernährung geht normal vor sich. Die grössere Sterblichkeit bei in-

tubirten Säuglingen ist nicht der Intubation an sich zuzuschieben, sondern ist die Folge der geringeren Resistenz, die der Säugling der Diphtherieinfection entgegenbringt und der grösseren Häufigkeit der bronchopneumonischen Complicationen in diesem Alter. Diese Erhöhung der Sterblichkeit findet sich übrigens auch bei tracheotomirten Säuglingen. Um einen zu starken Druck der Tuben auf die Gewebe zu vermeiden, empfiehlt es sich, der Serie von O'Dwyer'schen Tuben noch eine kleinere für Kinder unter einem Jahr hinzuzufügen.

FINDER.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **Michael Grossmann** (Wien). **Beitrag zur Lehre von der wechselseitigen functionellen Beziehung der Kehlkopfmuskeln untereinander.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 463.*

G. erzielt im Thierexperiment sowohl nach Exstirpation des M. cricothyreoideus, wie nach Durchschneidung des N. laryngeus superior eine Atrophie im Stimmbandmuskel und ebenso nach Durchschneidung des N. recurrens Atrophie des M. cricothyreoideus. Diese Atrophien aber sind nicht auf eine Störung der motorischen Innervation zurückzuführen, sondern erklären sich einfach durch die infolge der gelähmten Muskeln reducirte Arbeitsleistung. „Die Lähmung des einen Kehlkopfnerven ruft im intacten Innervationsgebiete des anderen Nerven constant eine Inactivitätsatrophie hervor.“

F. KLEMPERER.

77) **Lesbre** und **Maignon. Ueber die motorische Innervation des Musc. cricothyreoideus. (Sur l'innervation motrice du muscle cryco-thyroidien.)** *Société de Biologie. 18. Januar 1908.*

Verff. gelangen zu dem Schluss, dass die Innervation ausschliesslich vom N. accessorius besorgt wird und dass der Vagus keinen Antheil daran hat.

GONTIER de la ROCHE.

78) **H. Bernhard. Doppelseitige Recurrenslähmung infolge von Aortenaneurysma.** *Dissertation. Leipzig 1905.*

Bei dem von B. beschriebenen Falle hatte das Aneurysma zu einer Lähmung der M. cricoarytaenoidei postici, der M. thyreoarytaenoidei interni und des M. arytaenoideus tranversus geführt; erhalten blieb einzig die Function der M. cricoarytaenoidei laterales. Das Merkwürdige an diesem Befunde und das in der Casuistik wohl einzig dastehende ist nach B. die völlig gleichweit vorgeschrittene Affection beider N. recurrentes. Bis Herbst 1903 konnte der Autor 19 Fälle doppelseitiger Stimmbandlähmung infolge von Aortenaneurysma aus der Literatur zusammenstellen.

OPPIKOFER.

79) **Sedziak. Beiderseitige Recurrenslähmung. (Obustronne porazenie vozwieraczy glosni.)** *Gazeta Lekarska. No. 48, 49. 1907.*

Verf. hat 246 diesbezügliche Fälle aus der Literatur gesammelt worunter 19 eigene. 136 Fälle (5 des Verf.'s) beruhten auf centralen Ursachen, darunter 60 tabetischen, 7 functionellen Ursprungs (Hysterie). Unter den peripheren Ur-

sachen waren: Druck der tracheobronchialen Drüsen (26 Fälle), Trauma, Aneurysma, Unterleibstyphus, Rheumatismus u. a. m. A. v. SOKOLOWSKI.

80) **R. Meyer. Ueber Recurrenslähmung im Kindesalter.** *Dissertation. Leipzig 1906.*

Auf der medicinischen Abtheilung zu Leipzig (Prof. Curschmann) kamen 3 Fälle von Stimmbandlähmung im Kindesalter zur Beobachtung. In den beiden ersten Fällen handelte es sich um eine linksseitige Recurrenslähmung, höchst wahrscheinlich entstanden durch Druck vergrösserter Bronchialdrüsen auf den Recurrens. Bei dem dritten Kinde war eine doppelseitige Posticuslähmung nachweisbar, die Verf. auf ein Conglomerat infiltrirter mediastinaler Lymphdrüsen zurückzuführen geneigt ist. Mittheilung der diesbezüglichen Literatur.

OPPIKOFER.

81) **Roque** und **Charlier** (Lyon). **Cerebrale Lähmung eines Stimmbandes. (Paralysie d'une corde d'origine cérébrale.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 10. December 1907 in Lyon médical. 19. Januar 1908.*

Bei einem herzkranken Alkoholiker bestand eine unvollkommene Lähmung des rechten Stimmbandes; dasselbe stand in Mittellinie und konnte nicht abducirt werden. Bei der Autopsie fand man den Larynx intact, keinerlei mediastinale Compression, was übrigens schon nach der Röntgendurchstrahlung anzunehmen war, dagegen einen Erweichungsherd im Parietallappen. Dieser Herd, am Ende der Fissura Sylvii gelegen, nimmt einen Theil des Lobus parietalis inferior und einen minimalen Theil des Lobus parietalis superior ein. Nach unten erstreckte sich der Herd bis zum Fuss der Fissura parietalis ascendens, nach hinten bis zum Knie. Verff. nehmen an, dass das Centrum für den Kehlkopf in ein respiratorisches und phonatorisches getrennt sei. Da Patient intra vitam nur Erscheinungen von gestörter Athmung gehabt habe, so könne der Sitz der Erkrankung für die Bestimmung des respiratorischen Kehlkopfcentrum in Betracht kommen.

GONTIER de la ROCHE.

82) **Helfond. Fall von linksseitiger Recurrensparalyse durch Bleivergiftung. (Slutschai paralitscha woswratnawo nerwa s lewoi storoni na potschwe otrawlenijii swinzam.)** *R. Wratsch. No. 15. p. 521. 1907.*

Die Paralyse entwickelte sich plötzlich ohne Temperaturerhöhung. Per exclusionem wurde die Diagnose gesichert und danach zur Auffindung der Quelle der Vergiftung geschritten. Patientin ist die Frau eines Künstlers. Man vermuthete also Blei in den Farben. Analyse negativ. Ferner wurde entdeckt, dass sie saure Milch mit Lactobacillin in Thongefässen (Aufschrift: Le Ferment — Paris, 77 Rue Denfert-Rochereau) sich anfertigt. Sie ass täglich 1—2 Portionen (330 g) saure Milch. Eine Heiserkeit stellte sich nach 10 Tagen ein. Die Analyse der Milch ergab, dass jede Portion von 330 g 0,7934 g Blei enthielt. Das Thongefäss selbst enthielt 12,293 g Blei oder 6,46 pCt. P. HELLAT.

83) **Zimbler** (Dünaburg). **Casuistischer Beitrag zur Lehre der linksseitigen Recurrenslähmung als Folge von Anomalien des Herzens und des Ductus Botalli (resp. Ligamentum Botalli.).** *Dissertation. Basel 1907.*

Sämmtliche 14 beschriebenen Fälle zeigen vollständige Lähmung des Nerv. recurrens sin. Das Stimmband steht unbeweglich in Medianstellung, 1 mal in Cadaverstellung. In den 6 obducirten Fällen war die Ursache der Lähmung 3 mal Compression des Nerven zwischen linkem Vorhof und Aorta; 1 mal Einschnürung durch ein abnorm verlaufendes Lig. Botalli, 1 mal Compression zwischen Aorta und Ductus Botalli, 1 mal Compression zwischen Aorta und Art. pulm.

JONQUIÈRE.

84) **Fein. Linksseitige Recurrenslähmung.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1907.*

Ein Soldat kam mit den Erscheinungen einer Stenose und Insufficienz der Mitralklappen und linksseitiger completter Stimmbandlähmung zur Aufnahme. Radioskopisch wurde eine Herzverbreiterung und eine Erweiterung der Aorta festgestellt. Syphilis vor einem halben Jahre. Unter antiluetischer Behandlung schwanden alle Symptome.

CHIARI.

85) **Lesbre** und **Maignon. Motorische Wirkungen der einseitigen Recurrensreizung auf den Kehlkopf. (Effects moteurs sur le larynx de l'excitation unilatérale du récurrent.)** *Société de Biologie. 25. Januar 1908.*

Die Resultate sind nach den Thierspecies verschieden. So ist die Wirkung eine constrictorische und einseitige bei den Einhufern, beim Rind und Schwein constrictorisch, aber doppelseitig, beim Hund entweder constrictorisch und doppelseitig oder dilatorisch und einseitig.

GONTIER de la ROCHE.

86) **A. Kuttner. Noch einmal zur Recurrensfrage. Antwort auf den Aufsatz des Herrn Grabower: „Zur Recurrensfrage".**

87) **Grabower. Erwiderung.**

88) **A. Kuttner. Schlusswort.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 161, 166 u. 168.*

Controverse über einige strittige Punkte der Recurrensfrage, bezüglich deren eine Einigung beider Autoren nicht zu Stande kommt.

F. KLEMPERER.

89) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Neue Fragestellung zur Symptomatologie der Sensibilitätsstörungen im Larynx.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 472.*

A. berichtet über eine klinische Beobachtung von halbseitiger Larynxanästhesie combinirt mit Recurrenslähmung. Der Verlauf des Falles bewies, dass die Anästhesie hysterischen Ursprungs war — sie wurde durch hypnotische Behandlung geheilt — und die Combination mit der organisch bedingten Recurrenslähmung eine zufällige. Dagegen blieb nach Beseitigung der Anästhesie dauernd eine Hypästhesie des ganzen Kehlkopfeingangs zurück. A. constatirt: „Hemianästhesie im Larynx kommt nur bei Hysterie vor. Andere Nervenstörungen im Laryngeus superior oder inferior können totale Sensibilitätsstörungen hervorrufen,

aber keine unilaterale Anästhesie." Die Mehrfachsensibilisirung des Kehlkopfs hält er klinisch und experimentell erwiesen; welchen Antheil dabei die einzelnen Nerven an der Sensibilisirung haben, bedarf noch der Erforschung.

F. KLEMPERER.

90) **Lénárt. Ueber Ictus laryngis.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 40. 1907.*

Bei einem 49jährigen Trinker und Raucher traten Anfälle auf, welche mit einem Kitzelgefühl im Kehlkopf und Husten begannen, denen Bewusstlosigkeit sich anschloss: das Bewusstsein wurde in einigen Secunden vollständig frei.

v. NAVRATIL.

91) **Gallavardin** und **Rheuter** (Lyon). **Allgemeiner, wahrscheinlich seniler Tumor nebst Betheiligung der Stimmlippen und des Zwerchfells. (Tremblement généralisé probablement sénile avec participation des cordes vocales et du diaphragme.)** *Lyon médicale. 26. Januar 1908.*

Es bestehen Sprachstörungen diaphragmatischen Ursprungs. Die Sprache ist wie die einer schluchzenden Person. Bei der Untersuchung findet man den Tremor im Wesentlichen auf die Exspiration beschränkt, mit seltenen Erschütterungen des Stimmbandes ausserhalb der Phonation. Die Radiographie erlaubt einen brüsken inspiratorischen Spasmus des Zwerchfells festzustellen mit saccadirtem Exspirium. Die Sprachstörungen scheinen darauf zurückzuführen zu sein.

GONTIER de la ROCHE.

92) **A. Iwanow. Kehlkopferkrankungen bei Syringobulbie. (Sabolewanij gortani pri siringobulbi.)** *Jeshemesjatschnik. No. 2. 1908.*

Das Krankenmaterial I.'s umfasst 35 Fälle mit 28 Erkrankungen des Kehlkopfes; 7 von 28 hatten Recurrensparalyse. Bei den übrigen 21 Kranken wurden verschiedene Combinationen von Paralysen beobachtet. Das Charakteristische dabei ist atypischer Verlauf. Sensibilitätsstörungen konnten in 8 Fällen nachgewiesen werden. Diese war immer bilateral, sogar bei einseitiger Recurrenslähmung. Scheinbar giebt es auch partielle Sensibilitätsstörungen.

P. HELLAT.

93) **A. Martin** (Barcelona). **Vorlesung über das laryngoskopische Bild. (Lectura de la imagen laringoscópica.)** *Revista Barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. II.*

Enthält nichts Neues.

TAPIA.

94) **Th. E. ter Kuile** (Enschede, Holland). **Endolaryngoskopie mittelst zweier Kehlkopfspiegel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 544.*

Verf. hat ein Verfahren, wie das 1906 von Gerber publicirte, bereits 1905 angegeben und demonstrirt. Seine Spiegel — Seitenwandspiegel und Hinterwandspiegel — werden in einen Griff geschraubt, welcher ein ganz festes Handhaben und sichere Steuerung möglich macht.

F. KLEMPERER.

95) **Gerber** (Königsberg). **Laryngoscopia subglottica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 301.*

Nach ausgiebiger Cocainisirung des Aditus laryngis und speciell der Stimm-

bänder führt G. mit der linken Hand einen gewöhnlichen Kehlkopfspiegel in der üblichen Weise ein, darauf mit der rechten einen besonderen kleinen Spiegel zunächst bis zur Glottis und während einer tiefen Inspiration durch die Glottis hindurch. Unter Verschiebungen des subglottischen Spiegels in sagittaler und frontaler Richtung sucht er die Unterfläche der Stimmbänder ab. F. KLEMPERER.

96) **Finder** (Berlin). **Kehlkopfuntersuchung und einige hauptsächliche Kehlkopfkrankheiten bei Kindern.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 45. 1906.*

Von dem für den practischen Arzt berechneten Aufsatz sei hervorgehoben die Empfehlung der autoskopischen Untersuchungsmethoden des kindlichen Kehlkopfes.

Der Verf. vertritt die Ansicht, dass Veränderungen der Epiglottis (Seitenrollungen der Ränder, Schlaffheit des Kehlkopfeingangs) den ungefährlichen congenitalen Larynxstridor bewirken.

Die chronische Laryngitis im Kindesalter tritt als Laryngitis tuberosa oder nodosa auf, ist schwer therapeutisch zu beeinflussen, verschwindet meist gegen Eintritt der Pubertät. Tuberculose spielt im Kindesalter bei Entstehung von isolirter chronischer Laryngitis keine Rolle.

Als Therapie der Kehlkopfpapillome wird die endolaryngeale Methode der Entfernung empfohlen. ALBANUS (ZARNIKO).

97) **Perez Moreno** (Madrid). **Fremdkörper des Kehlkopfs. (Curpos estranos de la laringe.)** *Revista de especialidades médicas. Januar 1907.*

Für das allgemeine ärztliche Publicum berechneter, dem Specialisten nichts Neues bietender Artikel. TAPIA.

98) **Reyot** und **Joicon. Fremdkörper des Kehlkopfs bei einem 22 Monate alten Kinde. (Corps étranger du larynx chez un enfant de 22 mois.)** *Gazette médicale de Nantes. No. 7. 16. Februar 1907.*

Es handelte sich um ein Rebhuhnknöchelchen. Das Kind musste wegen eines Suffocationsanfalls tracheotomirt werden. Vor der Tracheotomie waren vom Hausarzte und nach ihr von dem Verf. verschiedene Versuche gemacht worden, den Fremdkörper zu extrahiren. Es gelang dies erst am Abend in Chloroform-Narkose. Das Kind starb am folgenden Tage an Bronchopneumonie. BRINDEL.

99) **Sylvan Rosenheim. Ein Fremdkörper, der 2 Jahre lang im Kehlkopf sass. Thyreotomie. Heilung. (A case of foreign body in the larynx for two years. Thyrotomy. Recovery.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Der Fall ist interessant aus zwei Gründen: erstens wegen der Toleranz des Kehlkopfes und zweitens wegen des vollkommenen Operationsresultates. Vom Augenblick an, wo der Patient den Fremdkörper — einen Schuhknopf — verschluckt hatte, war er unfähig, anders als flüsternd zu sprechen. Er spricht jetzt deutlich; die Stimme ist nur noch belegt. EMIL MAYER.

100) **Max Senator** (Berlin). **Die Tracheoskopie und Bronchoskopie.** *Berliner Klinik. December 1907.*

Eine den practischen Arzt orientirende Abhandlung über diese Untersuchungs-

methoden, deren Ausführung, diagnostische und therapeutische Bedeutung in klarer Weise besprochen wird.

A. ROSENBERG.

101) **D. Tanturri. Tracheoscopia directa superior. (Tracheoscopia diretta superiore.)** *La pratica oto-rino-laringoiatrica. December 1907.*

Im Anschluss an einen Fall von chronischer Tracheostenose seiner Beobachtung räth Verf., sich bei jeder Tracheoskopie für die eventuelle Nothwendigkeit einer sofort vorzunehmenden Tracheotomie oder Intubation vorzubereiten.

FINDER.

102) **Chevalier Jackson. Instrumente zur Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Instrumental aids to bronchoscopy and esophagoscopy.)** *The Laryngoscope Juni 1907.*

Die Instrumente sind: Eine Modification des Sicherheitsnadelschliessers von Mosher; eine Zange, ein Kehlkopfmesser, ferner ein Röhrenspeculum. Der Aufsatz ist illustrirt.

EMIL MAYER.

103) **Guisez** (Paris). **Modificationen und Verbesserungen in der Technik und Indication der Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Modifications et perfectionnements apportés à la technique et à l'indication de la bronchoscopie et de l'oesophagoscopie.)** *Presse médicale. No. 71. 4. September 1907.*

An den Tuben ist ein Trichter angeschraubt, der es gestattet, zur Beleuchtung den gewöhnlichen Clar'schen Spiegel zu benutzen. Der Mandrin ist dadurch verbessert, dass seine Spitze aus Gummi gefertigt ist, ferner gehört zu dem Instrumentarium ein modificirtes Oesophagotom etc. Verf. vermeidet mehr und mehr alle vorbereitenden Eingriffe an der Trachea und dem Pharynx und wendet sich dagegen, daraus eine Methode zu machen.

GONTIER de la ROCHE.

104) **Jaboulay. Tracheotomiecanüle, in den rechten Bronchus gefallen. (Canule à trachéotomie tombée dans la bronche droite.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. XI. 1906.*

Der 59jährige Patient, der seit 4 Jahren tracheotomirt ist, hatte niemals seine Canüle wechseln lassen. Diese zerbricht und fällt in die Trachea. Kein Erstickungsanfall. Am folgenden Tage war jedoch Fieber von 39° vorhanden und man constatirt, dass die rechte Lunge nicht athmet. Die Radiographie zeigt den Fremdkörper sehr deutlich. J. erweitert die Tracheotomiewunde und macht blindlings Extractionsversuche mit der Zange, ohne Resultat. Er eröffnet unter Resection eines Stückes der 3. Rippe den Thorax, incidirt die Pleura parietalis (Pneumothorax) und versucht, den Fremdkörper in die Trachea zu drängen, während die Zange in diese eingeführt ist. Auch dieser Versuch misslingt. Naht der Pleura. Acht Tage darauf schwankt die Temperatur zwischen 38 und 39°; Puls 100. Der Exitus schien unmittelbar bevorstehend; J. ersuchte Garel, die Bronchoskopie vorzunehmen, und diesem gelang es beim ersten Versuch, den Fremdkörper zu extrahiren. Patient hatte jedoch bereits eine Bronchopneumonie, der er 12 Tage später erlag.

BRINDEL.

105) **Guisez** (Paris). **Geschichte eines im Bronchus eingeschlossenen Dattelkerns, sowie eines Gebisses im Oesophagus. Extraction mittels Bronchoskopie und Oesophogoskopie. Heilung. (Histoires d'un noyau de datte inclus dans la bronche et d'un dentier dans l'oesophage. Extraction grâce à la Bronchoscopie et à l'Oesophagoscopie. Guérison.)** *Journal des Praticiens. 29. Januar 1907.*

Der Titel besagt genug über den Inhalt. GONTIER de la ROCHE.

106) **Secord. H. Large. Fremdkörper des rechten Bronchus durch Bronchoskopie entfernt. (Foreign body of right bronchus removed by aid of Bronchoscope.)** *Cleveland Medical Journal. März 1907.*

Der 28jährige Patient hatte eine Erdnuss (pea-nut) aspirirt. Zwei Tage später wurde der Fremdkörper mit Hülfe des Bronchoskops in vier Stücken entfernt.

EMIL MAYER.

107) **Vignard** und **Sargnon. Eine Haarnadel wahrscheinlich an der Uebergangsstelle der Trachea in dem rechten Bronchus festsitzend. (Epingle intrathoracique arrêtée probablement au niveau de la jonction de la bronche droite et de la trachée.)** *Lyon médical. 14. April 1907.*

Es handelt sich um ein 9jähriges Kind. Die Radiographie zeigte die Nadel in Höhe des 3. und 4. Rückenwirbels rechts von der Wirbelsäule. Die Nadel war mittelst der unteren Tracheo-Bronchoskopie, ebenso der Oesophagoskopie unauffindbar. Verff. glauben, dass sie in die Digestionsorgane hineingewandert sei.

BRINDEL.

108) **Botey** (Barcelona). **Eine ohne Einkeilung im rechten Bronchus sitzende Nuss. Extraction mittels Tracheotomie. (Pruón alogado sin enclavamiento en el bronquio devedio. Extraccion por traqueotomia.)** *Archivos de rinilogia etc. Juli-August 1907.*

Im Anschluss an seinen Fall stellt Verf. zwei Behauptungen auf:

1. Fremdkörper, die fest eingekeilt sind in einen Bronchus, rufen niemals Erstickungsanfälle hervor, sondern vielmehr continuirliche, mehr oder minder starke Dyspnoe.

2. Zeigt der Patient, der einen Fremdkörper aspirirt hat, Erstickungsanfälle, so kann man sicher sein, dass der Fremdkörper nicht eingekeilt ist; er macht Bewegungen vom Bronchus zum Kehlkopf oder umgekehrt.

Im ersteren Fall muss man die Bronchoskopie machen, im zweiten die Tracheotomie. TAPIA.

109) **R. B. Duncan** (Victoria). **Eine Kugel im rechten Bronchus. Operation. Heilung. (A bullet in the right bronchus; operation; recovery.)** *Intercolonial Medical Gazette. 20. September 1907.*

Ein 7jähriger Knabe trug eine Revolverkugel 22 Tage im rechten Bronchus, bevor ein Eingriff zur Entfernung vorgenommen werden konnte. Eine Roentgenphotographie zeigte deutlich die Lage in Höhe der 5. Rippe. Es wurde ein pferdehufförmiger Lappenschnitt zwischen der rechten Scapula und der Wirbelsäule an-

gelegt, die 5. bis 8. Rippe durchtrennt und nach aussen gebogen. Die Lunge wurde nach aussen gezogen und vergebens versucht, den Fremdkörper zu palpiren. Es wurde dadurch entdeckt, dass man eine stumpfe Nadel in die Lunge einstach; es wurde dann eine Incision durch das Lungengewebe und den Bronchus gemacht und die Kugel mit einer Zange extrahirt.

A. J. BRADY.

110) **Marschik. Fremdkörper des rechten Hauptbronchus.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Aus der Klinik Chiari.) *Wiener klin. Wochenschrift. No. 46. 1907.*

Eine im subglottischen Raume eines Kindes befindliche Fischgräte fiel bei den Extractionsversuchen in den Bronchus und konnte von dort auf bronchoskopischem Wege mühelos entfernt werden. Einige Bemerkungen zur Indication der Tracheotomie bei Kindern.

CHIARI.

111) **O. Chiari. Fremdkörper im Bronchus.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1907.*

Demonstration einer weissen Bohne von 20 mm Länge, 9 mm Breite, 6 mm Dicke, welche Chiari mittelst der unteren direkten Bronchoskopie bei einem 8 Monate alten Kinde entfernt hat. Da das dünnste Rohr von 7 mm durch die Stimmritze nicht hindurchgeführt werden konnte, wurde die tiefe Tracheotomie gemacht. Von hier aus gelang die Entfernung nach Einstellung des Fremdkörpers mit obigem Rohre. Interessant ist das Grössenverhältniss des Fremdkörpers und der Trachea (5 mm), deren Wandung jedenfalls entsprechend gedehnt werden konnte.

CHIARI.

112) **Henrici** (Aachen). **Ein bronchoskopischer Fremdkörperfall.** *Fraenkels Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 375.*

Extraction eines Knochenstückes von 1,4 cm Länge und 0,4 cm Breite aus dem linken Hauptbronchus einer 62jährigen Patientin nach 4 Monate langem Verweilen. Die Extraction gelang, nachdem ein 30 cm langes Rohr versagt hatte, mittelst eines 5 cm längeren Rohrs, das durch den Kehlkopf eingeführt wurde (Bronchoscopia superior) und zwar 31 cm tief; zur Erleichterung der Durchführung durch die Glottis war das Rohr vorn abgeschrägt worden.

F. KLEMPERER.

113) **Doberauer. Fremdkörper im Bronchus.** (Wissensch. Gesellsch. deutscher Aerzte in Böhmen.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1907.*

Mittelst Bronchoskopie konnte ein Stück einer Gebissplatte im linken Bronchus gesehen und von dort extrahirt werden.

CHIARI.

114) **Carlau** (Kiel). **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem linken Bronchus.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 40. 1907.*

Eine 3 cm lange Bleistifthülse — das beigegebene Röntgenbild giebt den Sitz des Fremdkörpers wieder — wurde nach vorheriger Tracheotomie vermittelst des von Helferich angegebenen Instrumentes (biegsame Metallröhre mit dünnem, aufblasbarem Gummifinger) aus dem linken Bronchus eines 8jährigen Knaben entfernt. Dieses Helferich'sche Instrument — es ist gleichfalls in der Arbeit ab-

gebildet — das als Nothbehelf zweifellos Berechtigung besitzt, sollte aber auch nur als Ausnahme Anwendung finden in einer Zeit, in der wir durch den Ausbau der Killian'schen Bronchoskopie in der Lage sind, die Fremdkörper aus den tieferen Luftwegen unter Controlle des Auges in schonendster Weise zu entfernen. Hier sollte man den Patienten durch ein Arbeiten im Dunkeln nicht der Gefahr einer Complication aussetzen. Besitzt man nicht das Instrumentarium oder die nöthige Technik, so überweise man den Patienten der zuständigen Stelle, die in einer Universitätsstadt wie Kiel vorhanden sein muss und auch jedenfalls vorhanden ist.

HECHT.

115) **Nicolai Schiödte** (Kopenhagen). **Fremdkörper in den Lungen. (Fremmede Legemer i Lungerne.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 38 u. 40. 1907.*

Die pathologischen Wirkungen von Fremdkörpern in den Lungen sind sehr verschieden und treten unzweifelhaft nach kürzerer oder längerer Zeit ein. Das Material umfasst sechs Fälle, in denen die Fremdkörper sich bis zu 3 Monaten in diesen Organen befunden hatten, bis sie entfernt wurden oder den Tod herbeiführten. Sie bewirkten Bronchitis, Bronchiectasia, Pleuritis, Pneumonie, Abscess, Gangrän, Empyem und Pyopneumothorax. In einem Falle war die Aspiration einer Zahnwurzel in der Narkose geschehen, und die Krankheitssymptome wurden mit Tuberculose verwechselt, bis der Zustand sich plötzlich verschlimmerte und in Gangrän überging. Bei der Obduction zeigte sich, dass die Zahnwurzel in dem 2. Seitenast des Bronchus fest eingekeilt war. In einem anderen Falle aspirirte der Patient einen Zahnstummel unter einer Mundoperation in der Narkose wegen Stomatitis, die sofort diffuse Gangrän verursachte und den Tod herbeiführte. In einem dritten Falle stellte sich eine heftige Hämoptysis ein, die durch ein Knochenstück veranlasst war, das 2 Monate vorher bei einer Mittagsmahlzeit verschluckt war. In den übrigen Fällen war der Fremdkörper eine französische Bohne, die aufquoll und den Hauptbronchus sperrte, und Pflaumensteine. Man muss stets an einen aspirirten Fremdkörper denken, da es für den Patienten verhängnissvoll werden kann, wenn er nicht möglichst bald diagnosticirt wird. Die stethoskopische Diagnose ist in vielen Fällen sicher und muss durch Röntgenuntersuchung ergänzt werden; aber viele Körper sind auf den Röntgenbildern nicht zu erkennen, besonders diejenigen nicht, deren molekuläres Gewicht den Weichtheilen des menschlichen Körpers entspricht und ausserdem einzelne andere, wie z. B. Pflaumensteine.

Die Bronchoskopie nach Killian ist von E. Schmiegelow in einem Falle angewendet und gab eine exacte Diagnose. Diese Methode bedeutet in diagnostischer Hinsicht eine erhebliche Verbesserung und sollte in allen Fällen Anwendung finden, wo man einen Fremdkörper vermuthet, da diese entfernt werden müssen, bevor sie zu den oben genannten Zuständen geführt haben. — Auch in therapeutischer Beziehung ist die Methode ausgezeichnet, und sie wird nach und nach die Tracheotomie verdrängen.

(AUTOREFERAT) E. SCHMIEGELOW.

f. Schilddrüse.

116) **Lieber. Angeborene Struma.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 52. 1907.*

Die Struma führte zur Asphyxie des Säuglings. In der Discussion erwähnte Escherich, dass in diesen Fällen das Anlegen einer Eiskravatte die beste Therapie ist.

CHIARI.

117) **Borowsky. Die functionelle Hypertrophie der Aufpfropfungen der Schilddrüsen. (De l'hypertrophie fonctionelle des greffes thyreoidiennes.)** *Dissert. Genf 1906/7.*

Alle Pfropfungen in das subcutane Gewebe bei Ratten sind positiv ausgefallen. Je nachdem den Thieren ihre eigene Schilddrüse mehr oder weniger entfernt worden war, entwickelten sich die Pfröpfe mehr oder weniger, und zwar direct proportional dem Grade jener Exstirpation.

JONQUIÈRE.

118) **Milewski. Die Pathologie der Schilddrüse. (K patologii schtschitawidnoi shelesi.)** *R. Wratsch. No. 1. p. 26. 1908.*

M. untersuchte 100 Schilddrüsen von an acuten Krankheiten Verstorbenen (Typhus, fibrinöse Pneumonie), 20 normale Schilddrüsen und 16 Parathyreoidaldrüsen. Es erweist sich, dass die Drüse folgende Veränderungen erleidet: Das Epithel ist geschwellt und getrübt, parenchymatöse Hyperplasie. Das Colloid ist verflüssigt und verringert. In den Gefässen und in der Struma keine Veränderungen. Epithelkörperchen wenig verändert, trübe Schwellung.

P. HELLAT.

119) **Carl Eggers** und **J. W. Draper Maury. Beobachtungen über eine Form von beim Hunde vorkommendem Morbus Basedow. (Observations upon a form of exophthalmic goitre occuring in a dog.)** *Annals of Surgery. October 1907.*

Der Titel enthält den Inhalt.

EMIL MAYER.

120) **Taubmann** (Moskau). **Ueber Morbus Basedowi im Kindesalter.** *Inaug.-Dissert. Basel 1906/07.*

Nichts Neues. Richtigerweise hebt Verf. hervor dass die Operation als Behandlung der Krankheit mehr in den Vordergrund tritt. Die Kropfexstirpation soll namentlich wirkam sein, wenn sie unter Lokalanästhesie, also nicht in Allgemeinnarkose ausgeübt wird.

JONQUIÈRE.

121) **Alfred Stengel. Die Diagnose und medicamentöse Behandlung von Morbus Basedow und Hyperthyreoidismus. (The diagnosis and medical treatment of Graves disease and hyperthyroidism.)** *Pennsylvania Medical Journal. 2. December 1907.*

Verf. kommt zu folgenden allgemeinen Schlüssen: Der Symptomencomplex des Hyperthyreoidismus, der sich am charakteristischsten in den typischen Fällen



von Morbus Basedow findet, begleitet oft auch leichte und transitorische Schilddrüsenschwellungen oder andere pathologische Veränderungen der Drüse. Obwohl diese Fälle sich von der gewöhnlichen Basedow'schen Krankheit in ihrem klinischen Verlauf und in ihrer Prognose unterscheiden und von ihr durch eine exacte Diagnose durchaus zu trennen sind, müssen sie doch unter dem gemeinsamen Gesichtspunkt des Hyperthyreoidismus betrachtet werden, weil in jedem Fall ein allmählicher Uebergang und Ausgang in eine schwere Form möglich ist. Der Hyperthyreoidismus ist auf eine vermehrte und vielleicht perverse Secretion der Drüse zurückzuführen und gefördert durch vermehrte Vascularisation der Drüse und Hypertrophie der secretorischen Gebilde. Therapeutische Methoden, die bezwecken, die Vascularisation zu reduciren oder die Secretion auf functionellem Wege oder durch active Zerstörung der Drüsensubstanz zu beschränken, müssten mit Aussicht auf Erfolg in Angriff genommen werden. Allgemeine diätetische und hygienische Maassnahmen bessern leichte Fälle und mildern oft die Symptome in schwereren Fällen. Arsen und Eisen, Digitalis, Strophantus und Convallaria, Atropin, Ergotin und schwache faradische Ströme können mit Erfolg angewandt werden; in manchen Fällen werden gute Resultate durch Thyreoidin erzielt.

EMIL MAYER.

122) **Albert Kocher. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of ophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Verf. stützt sich auf 3460 von seinem Vater und ihm selbst operirte Fälle von Struma; unter diesen handelte es sich 315 mal um Basedow'sche Krankheit. Die Resultate waren derart, dass eine Aenderung der Methode nicht angebracht erscheint. Die Sympathicusresection hält Verf. für nutzlos. Bei den letzten 91 Operationen war kein Todesfall zu verzeichnen; vorher betrug die Mortalität auch nur $3^1/_2$ pCt. Der Operation soll eine sorgfältige Herzuntersuchung vorausgehen, besonders soll festgestellt werden, ob die bestehende Vergrösserung des Herzens compensatorisch oder dilatorisch ist. Auch ist von grosser Wichtigkeit, den Blutdruck festzustellen. Ferner muss genau der Grad der Intoxication in Erwägung gezogen werden. Ein anderer sehr wichtiger, erst neuerdings beobachteter Punkt ist die Untersuchung des Blutes. In seinen letzten 58 Fällen war eine ausgesprochene Zunahme der Lymphocyten und eine Abnahme der polynucleären Zellen zu constatiren. Die Zahl der Leukocyten selbst war normal, während die Zunahme der Lymphocyten dem Grade der Erkrankung proportional war. Bis jetzt ist nichts bekannt. was als Erklärung für diese Lymphocytose dienen könnte. Sie erklärt die Gefahr der geringfügigsten Infection in diesen Fällen. Was den Erfolg der Operation anbelangt, so nehmen die Symptome oft nach derselben zu; dies ist zum Theil auf die Blutung, zum Theil auf den der Drüse zugefügten Insult zurückzuführen. 83 pCt. der Fälle wurden geheilt und von diesen sind einige 17 Jahre lang ohne Recidiv. Am längsten dauert es, bis die Symptome von seiten des Herzens und der Augen verschwinden. Was die Technik anbetrifft, so sagt Verf., es sollen nie mehr als zwei Arterien auf einmal unterbunden werden. Es soll nie mehr als die Hälfte der Drüse entfernt werden; es sei denn aus besonderen Gründen.

LEFFERTS.

123) **J. P. Sawyer. Unvollkommene Formen von Morbus Basedow in Beziehung zu gastrointestinalen Störungen. (Incomplete forms of exophthalmic goiter in relation to gastrointestinal disorders.)** *N. Y. Medical Record. 3. August 1907.*

Gastrointestinale Störungen hängen eng mit den vasomotorischen Verhältnissen zusammen; diese wieder sind deutlich beeinflusst durch den Hyperthyreoidismus, der bei Morbus Basedow vorhanden ist. Hyperthyreoidismus besteht in vielen Fällen, in denen die sogenannten „Cardinalsymptome" nicht vorhanden sind. Genaue Untersuchung ergiebt oft vasomotorische Störungen in Folge Hyperthyreoidismus in Fällen, die sonst nicht den Verdacht auf Morbus Basedow erwecken. Therapeutische Maassnahmen gegen die gastrointestinalen Störungen können also eine werthvolle Unterstützung finden durch Verordnungen, die auf Erkennung einer „forme fruste" des Basedow basiren und zu denen auch z. B. Antithyreoidin Moebius gehört.

LEFFERTS.

124) **W. G. Mac Callum. Pathologie der Basedow'schen Krankheit. (Pathology of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Verf. zählt die groben Veränderungen, die sich an der Schilddrüse finden, folgendermaassen auf: Nicht immer sehr erhebliche Vergrösserung der Drüse; eine gewöhnlich ausgesprochene und sehr charakteristische Dilatation der Venen; das Innere des Tumors ist nicht charakteristisch, er hat an Elasticität verloren, die Farbe ist von einem opaken Grau; die Menge des Colloid schwankt, ist jedoch in charakteristischer Weise verringert, und zwar wird es ersetzt durch ein feines Netzwerk von fibrösem Gewebe. Die Acini sind mit charakteristischem hohen Cylinderepithel an Stelle der normalen platten Zellen bekleidet. Mitotische Figuren sind häufig. Adenome, die sich in diesen Drüsen gleichzeitig mit dem Morbus Basedow finden, sind nicht selten. Die Thymusdrüse war gewöhnlich erheblich vergrössert. In 16 Fällen wurden die Parathyreoiddrüsen untersucht und normal gefunden. In den 2 oder 3 Fällen, in denen das sympathische Nervensystem untersucht wurde, fand man es normal.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

125) **Lateiner. Angeborene Atresie des Oesophagus und Communication desselben mit der Trachea.** (Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 52. 1907.*

Die Obduction des 3 Tage alten Kindes ergab, dass die Speiseröhre im oberen Antheile (die Schlundsonde konnte in vivo nur 8 cm tief eingeführt werden) sackförmig verschlossen war, an der Bifurcationsstelle communicirte die Trachea mit dem unteren Theile des Oesophagus, der normal in den Magen mündete. Es bestanden auch anderweitige Missbildungen.

HANSZEL-CHIARI.

126) **Gustav Killian. Der Mund des Oesophagus. (The mouth of the esophagus.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Verf. macht auf eine Anzahl von Thatsachen aufmerksam, die dafür sprechen, dass am Munde der Speiseröhre sich ein constrictorischer Mechanismus befindet,

ähnlich wie beim Eingang in den Magen. Dahin gehört erstens, dass Stricturen nach Aetzwirkungen meist an dieser Stelle sich localisiren, weil möglicherweise die verschluckte Aetzflüssigkeit infolge der Contraction hier auf ein Hinderniss stösst. Ferner ist hier ein Lieblingssitz für Fremdkörper, weil sie durch die Contraction des Sphincters dort eingeklemmt werden. Die Dilatation des Oesophagus, die sich nach Spasmen der Cardia bildet, lässt sich gleichfalls besser erklären, wenn man bedenkt, dass der Bissen zwischen zwei Sphincteren comprimirt wird. Die Untersuchung der Musculatur bei den Pulsationsdivertikeln der Speiseröhre, die ja eigentlich nicht der Speiseröhre, sondern dem Hypopharynx angehören, stützt die Annahmen Killian's.

EMIL MAYER.

127) **Joliat** (Bern). **Beitrag zur Pathologie der Speiseröhre. (Contribution à la pathologie de l'oesophage.)** *Dissert. Lausanne 1907.*

Ein Fall von phlegmonöser Oesophagitis et Perioesophagitis; endet durch Selbstmord. 65jähriger Mann, mit zunehmenden Schluckbeschwerden, sehr hohes Fieber. Die Ergebnisse der Autopsie sind werth nachgelesen zu werden.

Der zweite Fall: Melanosarcom eines 62jährigen Mannes, in der mittleren Höhe des Speiserohrs. Geringe Schluckhindernisse. Die Autopsie klärte die Causalität des Falles nicht ganz auf. Doch hält Verf. eine Invasion chromatophorer Zellen, welche sich in der Schleimhaut des Anus normal vorfinden, für die annehmbarste Hypothese.

JONQUIÈRE.

128) **H. Evert. Tuberculse des Oesophagus.** *Dissert. Berlin 1905.*

Ein Phthisiker macht einen Selbstmordversuch und trinkt ca. 25 ccm rauchender Salzsäure; im Anschluss an diese schwere Epithelschädigung Inoculationstuberculose des Oesophagus. E. konnte 30 Krankengeschichten von Oesophagustuberculose — die Diagnose wurde durchweg erst auf dem Sectionstische gestellt — aus der Literatur sammeln; 7 von diesen 30 Fällen sind nicht einwandsfrei, da die mikroskopische Untersuchung fehlt oder der histologische Befund nicht vollständig sicher für Tuberculose sprach.

OPPIKOFER.

129) **H. von Schrötter** (Wien), **Ueber eine seltene Form von Tuberculose der Speiseröhre.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 38. 1907.*

Strictur der Speiseröhre unterhalb der Bifurcation auf tuberculöser Grundlage lange bevor manifeste Veränderungen der Lungen auftraten. Der Verlauf der Stenosirung konnte auf endoskopischem Wege klinisch verfolgt werden. Die Infection erfolgte auf embolischem Wege. Pat. erkrankte ohne dass ein periösophagealer Indurationsprocess vorausgegangen war. Es kam zu einer ausgedehnten Schwielenstrictur der Speiseröhre, wie solche bei Laugenverätzungen beobachtet werden. Auch in Fällen tuberculöser Strictur des Oesophagus kann bougirt werden, ohne dass es zu ulcerösem Zerfall kommt.

CHIARI.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Chevalier Jackson** M. D. (Pittsbury, Pennsylvania). **Tracheo-Bronchoskopie, Oesophagoskopie und Gastroskopie.** 200 Octavseiten mit 83 Illustrationen und 5 Farbendrucktafeln. Preis geb. M. 17. The Laryngoscope & Co. Verlag. St. Louis, Mo.

Vorliegendes Buch stellt das erste in englischer Sprache erschienene Buch über dies neue und wichtige Gebiet dar. Der Verfasser hat die Empfindung, dass die Zeit gekommen ist, dass nicht nur der Beruf, sondern auch das Publicum an jeden Laryngologen die Anforderung stellt, Fremdkörper aus der Trachea, den Bronchien, dem Oesophagus und Magen entfernen zu können. Wir sind heute dahin gekommen, es als Tappen im Dunkeln zu betrachten, wenn wir erkrankte Organe — besonders wo es sich um chronische Affectionen handelt — behandeln, ohne sie sehen zu können und das ist nur bei solchen Organen zulässig, die nicht mit Sicherheit untersucht werden können. Gegenwärtig stellen die in den Zeitschriften zerstreuten casuistischen Beiträge die einzige brauchbare Information über diesen Gegenstand in englischer Sprache dar. Jedoch enthalten diese Berichte keine Daten, nach denen der Student, der lernen will, wie er vorzugehen hat, sich richten könnte. Diese Information zu geben, ist Zweck vorliegenden Buches; es bildet den Vorläufer zu einem ausführlichen Werk, das der Verfasser in Vorbereitung hat. Das Anfangskapitel bildet eine historische Zusammenfassung über den ganzen Gegenstand, wobei nur einige der wichtigsten Daten gegeben werden und der Leser auf das beigegebene „fast vollständige bibliographische Verzeichniss" verwiesen wird. Letztere Bemerkung kann Referent nur mit Einschränkung gelten lassen; denn eine Anzahl von Artikeln über diesen wichtigen Gegenstand sind übergangen und es finden sich in der Liste, die vollständig aus v. Schroetter's Buch entnommen ist, mehrere Errata. Referent hat jedoch vom Verf. die Zusicherung erhalten, dass in dem zu erwartenden Buch und in den folgenden Auflagen genaue Verbesserungen und Zusätze gemacht werden sollen.

Verf. hat ein Bronchoskop und Gastroskop mit der Lichtquelle am distalen Ende des Rohrs angegeben und hat einen Drainagecanal an dem Rohr angebracht, so dass dieses durch Saugwirkung ständig frei von Sekret gehalten werden kann, ohne dass man der zeitraubenden und gefährlichen Anwendung der Wattetupfer bedarf. Gegen die so angebrachte Lichtquelle lässt sich der Einwand erheben, dass sie sehr schnell mit Blut und Sekret bedeckt und so in ihrem Nutzen erheblich eingeschränkt wird und ferner, dass das an sich enge Lumen des Rohrs dadurch noch mehr verengt wird. Für Aerzte, die, wie die Laryngologen, gewohnt sind, in engen Höhlen zu operiren, ist die Anbringung der Lichtquelle an der Stirn oder noch besser in der Hand, die ideale. Unter den anderen bekannten Instrumenten werden Mosher's und des Verfassers ingeniöse Sicherheitsnadelöffner beschrieben.

Der beste Theil des Kapitels über das Erlernen der Technik behandelt die Handhabung des Lichtes; es wird gerathen, entweder am Phantom oder am Hunde zu üben und daneben möglichst oft die Trachea oder Speiseröhre von Patienten zu untersuchen, deren Klagen auf diese Organe bezogen werden könnten. Verf.



bevorzugt für die Bronchoskopie die liegende Position; er räth, solche Patienten, die zu dyspnoisch dazu sind, vorher zu tracheotomiren. Der wichtigste Punkt beim Bronchoskopiren liegt im Niederhalten der Epiglottis mittels des Spatels; der grösste Fehler besteht darin, die oberen Zähne als Stützpunkt zu gebrauchen, um den Mund offen zu sperren, sowie darin, dass man den Spatel zu tief einführt.

Auf die Herrichtung des Operationsraums, die Stellung von Patienten, Operateuren und Assistenten wird mit genauen und bestimmten Detailangaben eingegangen. Verf. findet, dass die Untersuchung der Bronchien durchaus in Cocainanästhesie ausführbar ist, besonders wenn eine grosse Morphiumdosis gegeben ist, gleichzeitig warnt er jedoch vor dem Gebrauch des letzteren, da er den Reflexhusten, der bei der Untersuchung der Trachea ein so wesentliches Schutzmittel darstelle, unterdrücke. Wenn, was Verf. bevorzugt, Chloroform gegeben wird, so soll trotzdem der Kehlkopf noch mit 20proc. Cocainlösung bepinselt werden. Auch ist die vorherige Anwendung von Atropin anzurathen, um die Secretion zu beschränken. Alle Röhren sollen mittels Vaselin schlüpfrig gemacht werden.

Sollte die Tracheotomie nothwendig werden, so soll der Patient während der Operation nur 12 Stunden lang hinterher in einer halben Trendelenburg'schen Lage gehalten werden, die Tracheotomiewunde soll nicht genäht werden, ausser im oberen und unteren Winkel und die Trachealcanüle soll, wenn möglich, entfernt werden, bevor der Patient die feuchtwarme Luft des Operationsraumes verlässt.

Die directe Laryngoskopie ist von grösstem Werth bei der Diagnose maligner Erkrankungen; thatsächlich wird die Diagnose aller Kehlkopfkrankheiten, mit Ausnahme der Lähmungen durch sie erheblich erleichtert. Papillome bei Erwachsenen können leicht in einer Sitzung entfernt werden, während bei Kindern mehrere Sitzungen nöthig sein können. In einem Fall, der ein 4jähriges Mädchen betraf, hat Verf. die Papillome in 20 Sitzungen entfernt und die Behandlung ist noch nicht beendet. Als beste Methode betrachtet Verf. in solchen Fällen die endoskopische Entfernung ohne Tracheotomie in mehreren Sitzungen unter Lokalanästhesie.

An einem von ihm berichteten Fall (Referirt dieses Centralblatt dieses Heft, No. 9) hat Verf. auf mikroskopischem Wege nachweisen können, dass Friedleben's Ausspruch: „Es giebt kein Asthma thymicum“ falsch ist. Das Kapitel über Fremdkörper enthält viele aus der persönlichen Erfahrung des Verf.'s entnommene Rathschläge.

Bei der Oesophagoskopie findet auch die Untersuchung des Oesophagus von der Coeliotomiewunde aus Erwähnung; es wird das retrograde Oesophagoskopie genannt.

Verf. theilt die Oesophagusaffectionen in stenotische und nichtstenotische ein. Das Schlusskapitel über Gastroskopie enthält werthvolle und selbstständige Beiträge.

Die Illustrationen sind gut ausgeführt, die Ausstattung überhaupt in jeder Hinsicht zu loben.

Der Verfasser ist zu dieser Darstellung der neuesten Fortschritte auf dem Gebiet der Laryngologie durchaus zu beglückwünschen. Emil Mayer.

---

b) Jahresversammlung der Société Française de Laryngologie.

Paris, 13. bis 16. Mai 1907.

Moure (Bordeaux): Klinische Betrachtungen über die Exstirpation des Kehlkopfs.

M. erörtert nach seiner persönlichen Praxis die Operationstechnik. Er wählt seine Kranken hinsichtlich ihres Allgemeinzustandes wie der endolaryngealen Localisation der Erkrankung aus und bereitet sie sorgfältig durch Antisepsis und Asepsis der Mundhöhle vor. Zur Operation wird der Patient in gewöhnlicher Lage auf den Operationstisch gebracht, die Kuhn'sche oder Trendelenburg'sche Canüle wird nicht angewandt; Voraussetzung dabei ist jedoch, dass beim Durchschneiden der Gewebe sorgfältige Blutstillung angewandt und das Eindringen von Blut in die Luftwege verhindert wird.

M. räth, nach der Operation durch die Nase eine Schlundsonde in den Magen einzuführen und sie mindestens 12—15 Tage lang oder noch länger liegen zu lassen.

Die Wunde kann völlig per primam intentionem geschlossen werden; doch muss man darauf achten, den Oesophagus unterhalb des Zungenbeins zu nähen.

Was die Frage betrifft, ob man die Tracheotomie bei der Operation selbst oder einige Tage zuvor machen soll, so ist M. für letzteres Verfahren, weil dadurch der Patient an das Tragen der Canüle sich gewöhnt und der Eingriff etwas weniger schwer wird. Jedoch ist diese Frage discutabel.

Molinié (Marseille): Indicationen und Contraindicationen zur Thyrotomie bei malignen Tumoren des Kehlkopfs.

Die Thyrotomie passt für umschriebene Tumoren der Taschenbänder, der Ventrikel, der Stimmbänder und der unmittelbar subglottisch gelegenen Region, jedoch nur unter der Bedingung, dass die Neubildung in Bezug auf Fläche und Tiefe begrenzt ist. Die Operation ist also indicirt bei gestielten oder vorspringenden Tumoren des Kehlkopfraums, bei papillomatösen und pachydermischen Gebilden, die der Bösartigkeit verdächtig sind, ferner beim gelappten Epitheliom wegen seiner relativen Gutartigkeit und seiner gewöhnlichen Localisation an den Stimmlippen.

Contraindicationen sind: Carcinom, das gewöhnlich diffuse Sarkom und alle die Neubildungen, die ausserhalb und an der Umrandung der Kehlkopfhöhle sitzen. Folgendes sind vom klinischen Standpunkt aus absolute Contraindicationen der Thyreotomie: Drüsenschwellungen, Knorpeldeformationen, Unbeweglichkeit einer Larynxhälfte und heftige spontane Schmerzen.

Botey (Barcelona): Die Punction der Membrana crico-thyreoidea als vorläufige temporäre Operation bei dringlichen Tracheotomien.

In Fällen, wo die Patienten suffocatorisch in Behandlung kommen, räth Verf., einen Troicart in das Spatium intercrico-thyreoideum einzustossen und mittels einer solchen Punction der Luft Eintritt zu den Lungen zu ermöglichen.



Brindel (Bordeaux): Ueber einige Fälle von Kehlkopfabscess infolge von Grippe.

B. hat Gelegenheit gehabt, 5 Fälle zu beobachten. Er unterscheidet folgende Gruppen:

1. Abscess des Larynxinnern, der vollkommen unter der Schleimhaut sich entwickelt. 2. Intralaryngealer Abscess mit perilaryngealer Eiteransammlung ohne Betheiligung des knorpligen Skeletts. 3. Abscess des Larynxinnern mit Perichondritis des Schild-, Ring- oder Aryknorpels und Cervicalphlegmone. 4. Primäre Perichondritiden, die mit brettharter Cervicalphlegmone einhergehen. Diese letztere Form ist die schwerste: sie kann infolge Intoxication in wenigen Stunden zum Tode führen.

Trétrôp (Antwerpen): Gutartige Angina als Ausgangspunkt für schwere Infectionen.

Verf. erinnert an seine früheren Arbeiten über dieses Thema und berichtet über einen sehr lehrreichen Fall, der durch Antistreptokokkenserum geheilt wurde.

Bellisien (Lyon): Adenom der Trachea bei einem an allgemeiner Adeno-Lipomatose leidenden Patienten.

48jähriger Mann, der seit 2 Monaten heiser ist. Es findet sich in der Trachea ein kirschgrosser Tumor, den er sich weigert, entfernen zu lassen. Verf. sah gleichzeitig zahlreiche lipomatöse Tumoren, die symmetrisch in mehreren Muskeln liegen. Patient stirbt plötzlich 2 Monate nach der ersten Untersuchung ohne Zeichen von Asphyxie.

Vacher (Orléans): Aphonie infolge Contraction der Stimmlippen.

Es handelte sich um ein 21jähriges Mädchen, bei dem dadurch Aphonie entstand, dass bei jedem Versuch zu sprechen, die Stimmlippen sich contrahirten und übereinander schoben. Während der Respiration öffnete sich die Glottis in normaler Weise. Die Neurologen, die die Patientin untersucht haben, konnten keine sonstigen Anzeichen von Hysterie finden.

Guisez (Paris): Behandlung der impermeablen Narbenverengerungen unter Oesophagoskopie.

G. berichtet über 3 Fälle. In allen Fällen konnte die Magenfistel geschlossen und die Heilung eine definitive werden, wenn die Dilatation unter Controle des Auges lange genug fortgesetzt werden konnte.

Caboche: Die Ozaena eine larvirte Form von Tuberculose.

Es soll sich um locale Giftwirkungen des Koch'schen Bacillus handeln, durch die in der Nasenschleimhaut eine Sklerose hervorgerufen wird, analog den jüngst von L. Bernard beschriebenen Sklerosen. Der Gestank soll unter dem Einfluss einer dazu tretenden Infection entstehen. Die klinischen Untersuchungen des Redners zeigen die Häufigkeit von Tuberculose in den Antecedentien der Patienten.

Bichaton (Reims): Ueber die nasale Behandlung des Asthmas.

Bericht über einige nach der Methode von Francis Alexandre behandelte

Fälle: er hat nicht so günstige Resultate erzielt wie dieser. Trotzdem befürwortet B. die Cauterisation der Nasenscheidewand unter der Bedingung, dass darüber die Allgemeinbehandlung nicht vernachlässigt werde.

Botey (Barcelona): Operative Behandlung der Insufficienz des Gaumensegels.

B. räth zu einer elliptischen Resection der Schleimhaut; er hat damit in einigen Fällen ausgezeichnete Resultate erzielt.

Jacques (Nancy) und Gaudier (Lille): Ueber Diagnose und Behandlung primärer maligner Tumoren der Kieferhöhle.

Diagnose: Man muss zwei Phasen unterscheiden: in der ersten befindet sich der Tumor in der Kieferhöhle, die später deformirt wird; in der zweiten hat der Tumor deren Grenzen überschritten. Es sind also eigentlich 3 Perioden zu unterscheiden, die der Latenz, der Deformation und des Herauswachsens.

a) Periode des Herauswachsens. Der Tumor wächst in eine der Höhlen oder Regionen der Nachbarschaft hinein. Die Diagnose ist im Allgemeinen leicht. Die Wucherung kann nach der Alveole zu geschehen und eine einfache Epulis vortäuschen, nach dem Naseneingang zu, wo man dann an Lupus denken könnte, an gewisse syphilitische Granulome, an ein ulcerirtes Gummi, nach der Orbita und der Fossa pharyngo-maxillaris zu, wo dann eine Osteo-Periostitis orbitalis und eine chronische Phlegmone auszuschliessen ist.

b) Periode der Deformation. Der Tumor verräth seine Anwesenheit nur durch die Vorwölbung einer der Antrumwände. Man muss eine ganze Anzahl von Affectionen ausschliessen, die folgendermaassen sich gruppiren lassen:

1. Entwicklungsstörungen (Odontome).

2. Nicht specifische entzündliche Zustände: Osteo-Periostitis, Osteomyelitis, diffuse Hyperplasie der Kiefer, Mucocele des Sinus.

3. Specifische entzündliche Zustände: Syphilis, Tuberculose, Actinomycose.

3. Neubildungen: Man wird zuerst die benignen Tumoren ausschliessen, Fibrome, Osteome, Enchondrome, die in der Kieferhöhle selten sind, die cystischen Tumoren, die zu dieser Region ziemlich häufigen paradentären Cysten. Leukocytose und Alteration des Allgemeinzustandes sind Zeichen der Malignität.

c) Latente Periode: Ein Frühsymptom dieser Periode ist ein Schmerz in der Tiefe der Wange. Blutig-eitriger Ausfluss aus der Nase, spontane Blutung aus dem Sinus werden Verdacht erwecken. Man wird für die Diagnose die Durchleuchtung und Röntgendurchstrahlung, die Punction von der Nase oder der Alveole aus verwerthen.

Behandlung: Sie ist rein chirurgisch. Sind die Nachbartheile mit ergriffen, so ist jeder Eingriff contraindicirt.

Castex (Paris): Seltener Tumor des Sinus maxillaris. (Lobuläres Pflasterzellenepitheliom).

51jähriger Mann. Maligne Geschwulst der linken Kieferhöhle, die sich sehr rasch entwickelt. Hauptsymptome: Suborbitale Schmerzen, Vorwölbung der vorderen Wand, Exophthalmus und Verstopfung der linken Nasenhöhle. Resection des

Oberkiefers. Die Stirnhöhle und ein Theil des Siebbeinlabyrinths sind ergriffen. Tod nach 14 Tagen in Folge Entkräftung.

Brockaert (Gent): Endothelioma der Kieferhöhle.

Zu den 12 in der Litteratur verzeichneten Fällen fügt B. 3 neue Fälle von primärem Endotheliom hinzu. Die Tumoren wurden exstirpirt; jedoch erfolgte in einigen Monaten Recidiv.

Molinié (Marseille): Einige Fälle von malignen Tumoren der Kieferhöhle. Bericht über 4 Fälle: Ein Sarkom bei einem 10jährigen Kind, 3 Fälle von Epitheliom bei Männern im Alter von 47, 50 und 80 Jahren.

Jacques (Nancy): Infection der Kieferhöhle durch eine paradentale Cyste.

Abgesehen von den Fällen, wo eine Infection per continuitatem durch zerstörte Alveolen doch stattfindet, giebt es andere zahlreichere, jedoch weniger bekannte, wo die Infection diese Knochenplatte durchschreitet, ohne sie makroskopisch zu verändern. J. hat diesen Vorgang in 2 Fällen von vereiterter Zahncyste nachweisen können.

Mouret (Montpellier): Ueber die Resection der unteren Muschel bei der Radikalbehandlung des Oberkieferempyems.

M. ist kein Anhänger der Resection der unteren Muschel, da dadurch die Nasenfunction gestört wird. Die so Operirten klagen über Trockenheit in der Nase und Borkenbildung. Um eine genügende Drainage zu erzielen, räth M. eine Oeffnung im unteren Nasengang anzulegen. Die partielle oder totale Resection soll auf die Fälle beschränkt bleiben, wo die Muschel hypertrophirt oder so gegen die laterale Wand des unteren Nasengangs eingerollt ist, dass die Drainage des Sinus behindert ist. Auch soll die Resection so sehr wie möglich beschränkt werden.

George Laurens: Operationsverfahren für die doppelseitigen Stirnhöhlenempyeme.

Das Wesentlichste an dem Verfahren ist, dass die Lamina perpendicularis des Siebbeins, die die beiden Canales fronto-nasales von einander trennt, in möglichster Ausdehnung resecirt wird. Am Schluss der Operation ist dann nur eine Stirnhöhle und ein weiter fronto-nasaler Canal vorhanden, der zur Drainage dient.

Texier (Nantes): Zwei Fälle von Aneurysma der Carotis cervicalis interna, in denen ein Pharynxtumor vorgetäuscht wurde. Section des einen Falles.

Fall I. 74jährige Frau. Schluckbeschwerden mit intermittirenden Sprachstörungen seit 1 Jahr. Man findet einen Tumor, der die ganze linke Partie des Rachens und Nasenrachens einnimmt, das Gaumensegel nach vorn wölbt und dabei die Uvula nach rechts drängt. Er ist hart und adhärirt mit seiner Basis in der Tiefe. Bei der Palpation fühlt man keine Pulsation. Keinerlei besondere Erscheinungen seitens der Gefässe am Halse. Wegen Verdachts auf Abscess wird eine Probepunktion gemacht, die arterielles Blut ergiebt. Tod nach 12 Tagen in Syncope.

Autopsie: Aneurysmatischer Tumor der Carotis interna von der Grösse eines Hühnereis, der mit der Arterie durch eine feine Oeffnung communicirt. Der Tod scheint in Folge Hirnödem erfolgt zu sein.

Fall II. 48jährige Frau. Durch Zufall wird ein Pharynxtumor entdeckt. Pat. spürt keine Beschwerden. Es fehlt auch hier die Pulsation. Auskultation lässt das typische aneurysmatische Geräusch hören. Pat. entzieht sich der Beobachtung.

Moure (Bordeaux) und Bouger (Cauterets): Bericht über Stimmstörungen der Sänger und Redner.

Nach einem historischen Ueberblick über die verschiedenen Sangesmethoden und Schulen kommen Redner zu dem Schluss, dass die Pflege der Singstimme heute auf demselben Empirismus beruht, wie in der Vergangenheit. Sie kommen zur Aufstellung folgender Leitsätze: 1. Keiner soll zum Unterricht in Gesang oder Deklamation zugelassen werden, der nicht durch ein Examen einen Beweis seiner Befähigung zu dieser Art der Lehrthätigkeit führt. 2. Die Conservatorien sollen stets über einen oder mehrere Laryngologen verfügen, denen es obliegt, von Zeit zu Zeit, d. h. zu Beginn, im Verlauf und am Schluss der Studien die Schüler zu untersuchen.

Ponthière (Charleroi): Siebbeinsarkom. Pat. war ein 20jähriges Mädchen, das mittels des Moure'schen Verfahrens operirt und geheilt wurde.

Trivas (Nevers).

---

c) St. Petersburger oto-laryngologischer Verein.

Sitzung vom 5. Oktober 1907.

Vorsitzender: Okunev.

Nikitin: Demonstration eines Kranken mit Pemphigus des Mundes und der Lippen.

Dauer 4 Monate. In der letzten Zeit Blasen auf der Haut, die Schleimhaut theils entblösst von Epithel, hyperämisch. Die Diagnose machte Anfangs Schwierigkeiten. Behandlung brachte wenig Nutzen. Franklinisation bewirkte subjektive Erleichterung.

Shirmanski beobachtete einen ähnlichen Fall, der nach 10 Monaten zu Grunde ging, obgleich die Blasen im Munde heilten.

Hellat möchte die Frage erörtert wissen, inwiefern unter der Diagnose Pemphigus ätiologisch und pathologisch-anatomisch gleichartige Processe verstanden werden. H. beobachtete einen Fall, wo der Tod in etwa $1\frac{1}{2}$ bis 2 Monaten erfolgte, während andere sehr lange leben können. Das spricht gegen eine Gleichartigkeit.

Sacher bemerkte, dass die Differentialdiagnose zwischen P. und Klauenseuche schwierig werden kann. Er beobachtete einen Fall mit Klauenseuche, der an Erschöpfung zu Grunde ging.

Meyerowitsch beobachtete einen schnellen Verlauf.

Rydnik: Vorstellung eines Knaben mit einer Kugel im Zahnfleisch, die schon 2 Jahre darin steckt und Beschwerden erst in der letzten Zeit verursacht. Die Kugel drang durch das Kinn herein. Röntgenuntersuchung.

Litschkus versteht nicht, warum die Kugel so wenig Verletzungen hervorgebracht hat.

Rydnik: Es giebt auch Synchien der Lippen und des Gaumens.

Wiltschew: Atresie der Gehörgänge.

Meyerowitsch: 1. Primäre Tuberculose des Nasenseptums.

Levin hat mikroskopisch den Fall untersucht ohne genaue Anhaltspunkte für die Diagnose zu erhalten.

Hellat hält den Fall für typisch tuberkulös.

Bramson plädirt für eine Tuberculinreaction.

Rydnik hält Lues für unwahrscheinlich.

2. Dyspnoe wegen Verengerung des Kehlkopfes. Verneinung von Lues. Jodkali wird schlecht vertragen. Tracheotomie. Nach 3 Flaschen Jodkali bedeutende Besserung.

Jljisch beobachtete einen Fall, der zu ihm von einem Syphilidologen geschickt war, weil keine Lues vermuthet wurde. Doch gingen die ausgedehnten Infiltrate auf Jodkali und Ung. hyd. bald zurück.

Litschkus beobachtete einen Fall, der nach vergeblicher örtlicher Behandlung nach Berlin an Fränkel sich wandte. Hier wurde ein Tumor diagnosticirt, und zu Gluck zur Operation geschickt. Vorläufig kehrte er nach Petersburg zurück, um seine Geschäfte vor der Operation zu ordnen. Hier versuchte Litschkus eine antiluetische Kur. Vollständiger Erfolg.

Sacher kennt einen ähnlichen Fall.

Goldstein: Demonstrationen: 1. Lingua geographica, bei der die Färbung und Turgescenz in kurzer Zeit mehrere Wandlungen durchgemacht hat.

2. Salivatio psychica, klagte über Dyspnoe, Verschleimung, Kopfschmerzen, Schwindel. Nach Verbot des Speiens Aufhören aller Symptome.

3. Carcinoma buccale.

Okunew empfiehlt Adrenalininjektionen.

Hellat schliesst sich dem an.

Siebert: Vortrag: Osteoma cellulare (angiomatodes) der Nasenhöhle. Wird in extenso erscheinen.

Levin sieht in dem Falle in Anbetracht der mikroskopischen Struktur ein Unicum. Der Bau ist völlig atypisch. Die Geschwulst ging von der Keilbeinhöhlenwand aus und nahm einen grossen Theil der Nasenhöhle ein.

Sitzung vom 9. November 1907.

Vorsitzender: Okunew.

Wiltschew: Flache warzenähnliche Geschwülste der Epiglottis und der Vorderfläche des Larynx.

Eljasson, Bramson und Jljisch halten die Geschwulst für gutartig.



Wiltschew glaubt, dass endolaryngeale Behandlung sehr langwierig wäre.

Hellat hält dieses Argument für Laryngofissur als ungenügend, umsomehr als hier die einfache Spaltung nicht zum Ziele führen würde. H. proponirt Galvanokaustik.

Okunew findet das Bild nicht eindeutig.

Bomasch ist für endolaryngeale Methode.

Schwanebach: Entweder endolaryngeale Behandlung oder halbseitige Entfernung das Kehlkopfes.

P. Hellat stellt eine Patientin mit colossalen Kopfschmerzen und einer Geschwulst in der Nase vor. Die Geschwulst erwies sich als Eitercyste, in der grosse käse- und rahmartige, faulig stinkende Massen enthalten waren. Nach der Reinigung weitere Massen. Kopfschmerzen nach der Reinigung bedeutend leichter. Blutung recht profus. Es handelt sich wahrscheinlich um eine Vergrösserung und Vorstülpung einer vorderen Siebbeinzelle.

Schwanebach fragt, ob nicht Lues die Ursache ist. Er erinnert sich eines Falles, wo bei Eiterung nach Ausschabung durch einen anderen Collegen tödtliche Meningitis erfolgte.

Okunew theilt einen Fall mit, wo ähnliche Sackbildung durch einen Fremdkörper (Erbse) in der Nase hervorgerufen wurde, und fragt an, ob nicht etwas ähnliches auch hier vorlag.

Hellat verneint die Möglichkeit.

Bramson: Zur Casuistik der Neubildungen der Mandeln.

Vortrag wird veröffentlicht. Vorstellung einer Patientin.

Shirmanski möchte daran erinnern, dass Sarkome auf syphilitischer Grundlage sich entwickeln.

Rydnik beobachtete in diesem Sommer ein Sarkom der Mandeln.

Goldstein erhebt die Frage über technische Möglichkeit der Entfernung.

Bramson kennt keinen Fall von Operation mit Dauererfolg.

Hellat: Sarkome sind sehr verschieden in ihrer Bösartigkeit. Sarkome der Mandeln sind thatsächlich selten. Er hat nur einen Fall (Melanosarkom) der Mandel beobachtet, welchen er vor einigen Monaten hier im Verein vorstellte. In dem Falle stellten sich bald Metastasen ein, zunächst in der anderen Mandel, dann auf der Haut, im Auge etc. Carcinome der Mandeln sind leider keine Seltenheit. Gegenwärtig trat der zweite Fall in Beobachtung.

Schwanebach führt 2 Fälle von Sarkom und Carcinom auf syphilitischer Grundlage an, wo antiluetische Behandlung erfolglos blieb.

Bomasch hat zweimal Neubildung der Mandel beobachtet.

Bramson: Demonstration eines Compressors der Nase bei Paraffininjection.

Goldstein theilt mit, dass die Adrenalininjectionen bei seinen Kranken (Protokoll der vorhergehenden Sitzung), sehr schmerzhaft waren, und der Patient sich bald der Behandlung entzog.

P. Hellat.

V. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. L. Mader (München) ist zum Kgl. Bayrischen Hofrath ernannt worden.

Unser Mitarbeiter, der Vorsitzende des Warschauer laryngologischen Vereins, Dr. A. v. Sokolowski, ist zum ständigen Secretär der Warschauer medicinischen Gesellschaft gewählt worden.

Neues Specialjournal.

In St. Petersburg erscheint gegenwärtig unter Leitung von Dr. Leon Lewin, wie wir von demselben erfahren, ein Specialjournal für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten unter dem Titel: „Eschemessjatschnik uschnych nossowych i gorsowych bolesnej“.

Neue Specialgesellschaft.

Der Revue Hebdomad. de Laryngologie entnehmen wir die Nachricht, dass am 17. November 1907 in Bukarest sich eine rumänische oto-rhino-laryngologische Gesellschaft constituirt hat. Ihre Sitzungen finden alle 14 Tage statt und jedes Mitglied fungirt in regelmässigem Wechsel einen Monat als Präsident. Dr. Nirman Bera ist für ein Jahr zum Secretär der Gesellschaft erwählt worden.

Statistik deutscher Specialisten.

Die „Presse Oto-Laryngologique Belge“ bringt in ihrer Februarnummer die Angabe, dass sich in Deutschland gegenwärtig 686 Aerzte mit Oto-Rhino-Laryngologie befassen. Von diesen sollen nur 85 reine Rhino-Laryngologen und 95 reine Otologen sein. Andererseits seien 47 Otologen gleichzeitig Ophthalmologen. Belege werden nicht gegeben.

Voreinladung zur Tagung des Vereins süddeutscher Laryngologen.

Sehr geehrter Herr College!

Am zweiten Pfingstfeiertage, den 8. Juni, findet in Heidelberg in der üblichen Weise die XV. Tagung süddeutscher Laryngologen statt.

Der Vorstand des Vereins beehrt sich dazu auch die Herren Mitglieder der deutschen otologischen Gesellschaft ergebenst einzuladen. Das definitive Programm wird Anfangs Mai verschickt werden.

Die Unterzeichneten bitten Sie höflich, etwa beabsichtigte, bisher nicht publicirte Vorträge oder Demonstrationen bis zum 25. April bei dem Schriftführer anzumelden.

An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Mit collegialem Gruss ergebenst

Vohsen (Frankfurt a. M.), Vorsitzender.

Felix Blumenfeld (Wiesbaden), Taunusstrasse 4, Schriftführer.

Am Sonntag, den 7. Juni 1908, 9 Uhr Abends, wird Herr Professor Killian vortragen:

Eine wissenschaftliche Reise in Nord-Amerika mit Projectionsbildern.

Ferner haben bis jetzt Vorträge angekündigt:

Herr Neugass (Mannheim):

Kleinere rhinologische Mittheilungen.



Herr Katz (Kaiserlautern):
Partielle Synechie der Stimmbänder nach Trauma.
Herr Killian
Herr von Eicken } (Freiburg in Br.): Thema vorbehalten.
Herr Brünings

American Laryngological Association.

Secretary's Office 118 West 69th Street, New York.

New York, January 15. 1908.

Dear Doctor:

The Thirtieth Annual Congress of the American Laryngological Assosiation will be held at Montreal, Canada, on Monday, May 11, Tuesday, May 12 and Wednesday. May 13, 1908, under the Presidency of Dr. Herbert S. Birkett.

All Fellows desiring to read papers should send titles thereof to the Secretary not latter than April 1st. Papers should be prepared in duplicate so that a copy may be handed to Secretary at the time of reading. Contributions are solicited from Corresponding Fellows and will be published in the Transactions.

Topic for General Discussion.

Recurrent and Abductor Paralyses of the Larynx: with the following introductory papers.

First Paper: Introductory remarks on Anatomy and Physiology, Etiology, Central Lesions: Joseph W. Gleitsmann, M. D.
Second Paper: Etiology, Peripheral Lesions: D. Bryson Delavan, M. D.
Tird Paper: Symptomatology: Clarence C. Rice, M. D.
Fourth Paper: Diagnosis and Treatment: William E. Casselberry, M. D.

The Council makes the following nominations for memberspip:

For Corresponding Fellow:
Dr. Gustav Killian, Freiburg. Germany.

For Active Fellows:
Dr. John F. Barnhill, Indianapolis, Ind., proposed by Drs. King and Swain.
Dr. B. Alexander Randall, Philadelphia, Pa., proposed by Drs. Freeman and de Roaldes.
Dr. Harmon Smith, New York City, proposed by Drs. Chappell und Farlow.
Dr. J. Gordon Wilson, Chicago, Ill., proposed by Drs. Rhodes and Shambaugh.

A circular letter giving the details of the Congress will be issued about March 15.

Very truly yours,
James E. Newcomb, M. D., Secretary.

---

80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Köln.

20. bis 26. September 1908.

Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten.

Köln, im März 1908.

Hochgeehrter Herr!

Der unterzeichnete Vorstand der Abtheilung für

Hals- und Nasenkrankheiten

giebt sich die Ehre, Sie zu der in der Zeit vom 20. bis 26. September d. J. in Köln stattfindenden 80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte ergebenst einzuladen.

Da den späteren Mittheilungen über die Versammlung, die im Juni zur Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Verhandlungen beigefügt werden soll, so bitten wir, Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die hier grössere Vorbereitungen erfordern — bis zum 10. Mai bei dem mitunterzeichneten Einführenden

Sanitätsrath Professor Dr. Carl Hopmann,
Köln, Hohenzollernring 52,

anmelden zu wollen. Vorträge, die erst später, insbesondere erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn dafür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hierfür kann daher nicht übernommen werden.

Die allgemeine Gruppirung der Verhandlungen soll so stattfinden, dass Zusammengehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im Uebrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung maassgebend.

Ganz besonders dankbar wären wir für Vorträge über Gegenstände, welche sich zur Besprechung in combinirten Sitzungen zweier oder mehrerer verwandter Abtheilungen eignen, da es dem universellen Charakter der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte, in welcher im Gegensatz zu den zahlreichen, alljährlich stattfindenden Specialcongressen sämmtliche Zweige der Naturwissenschaften und Medicin vertreten sind, entspricht, dass gerade solche, mehrere Abtheilungen interessirende Fragen zur Verhandlung gelangen.

Die Einführenden:
Sanitätsrath Professor Dr. C. Hopmann.
Dr. F. Matté.
Dr. H. Kurzak.

Die Schriftführer:
Dr. P. Reinhard.
Dr. E. Loewenstein.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

// Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, Juni. 1908. No. 6.

I. Leopold von Schrötter †.

Die Leser des Centralblatts wissen bereits, wie jäh unser Altmeister Schrötter den Seinen und der Wissenschaft entrissen worden ist. Bei der Eröffnungsfeier des ersten internationalen Congresses für Rhino-Laryngologie hielt er als Ehrenpräsident am Vormittag des 21. April mit weithin tönender Stimme in vollster Rüstigkeit die Festrede; am Abend desselben Tages versammelte er eine Schaar hervorragender Congresstheilnehmer und deren Damen in seinem gastfreien Hause und nahm von ihnen in heiterster Stimmung kurz vor Mitternacht Abschied; kaum drei Stunden später war er eine Leiche! — Eine Herzlähmung, bedingt durch Arteriosklerose, hatte diesem arbeitsreichen Leben ein ebenso schnelles wie schmerzloses Ende gemacht.

Aber so erschütternd dieser Tod, so schön ist er. Wie ein Feldherr am Abend einer siegreichen Schlacht ist Leopold von Schrötter gestorben; sein Tagewerk war vollbracht; die Beschwerden des Altwerdens sind ihm erspart geblieben; sein Schwanengesang galt der Laryngologie, der er so treu gedient, in deren vorderster Reihe er den besten Theil seines Lebens gefochten hat; seiner Bahre folgten die hervorragendsten Fachgenossen aller Länder. Wahrlich nur ihren Lieblingen gewähren die Götter ein solches Ende, und wenn sich seine trauernden Hinterbliebenen von ihrem ersten betäubenden Schmerze erholt haben werden, so werden sie es gewiss anerkennen, welch' selten schöner Tod ihrem theuren Familienhaupte beschieden worden ist.

Mit Leopold von Schrötter ist der letzte von dem Dreiblatt dahingegangen, das der Wiener Laryngologie — und man kann beinahe sagen: der Laryngologie der Welt ein Vierteljahrhundert lang seinen Stempel aufgedrückt hat. Die Generation der Schrötter, Störck, Schnitzler hat fast ihr Ende erreicht. Noch leben und wirken in

voller Frische einige wenige der Urlaryngologen, aber dahingegangen sind ausser dem Vater der Laryngoskopie, Manuel Garcia, und den Begründern der klinischen Laryngologie, Türck und Czermak, nunmehr Semeleder, Traube, Waldenburg, von Tobold, Victor von Bruns, von Ziemssen, Gerhardt, Morell Mackenzie, George Johnson, Krishaber, Mandl, Elsberg, Schnitzler, Störck, von Schrötter, — kurzum: fast alle, welche dem Kinde aus der Taufe halfen und seine ersten Schritte stützten.

Unter diesen Klassikern der Laryngologie wird Schrötter's Name stets in erster Reihe genannt werden.

Leopold Schrötter Ritter von Kristelli*) wurde am 5. Februar 1837 als Sohn des berühmten Chemikers Anton Ritter von Schrötter in Graz geboren, studirte an der Wiener Universität, promovirte an derselben im Jahre 1861, war zwei Jahre lang Operationszögling bei Schuh und von 1863—1869 Assistent an der Klinik Skoda's. Im Jahre 1867 habilitirte er sich als Privatdocent für Laryngologie. Nachdem er seinen Chef Skoda wiederholt im Lehramte vertreten hatte, übernahm er nach Oppolzer's Tode als provisorischer Leiter die erste medicinische Klinik; drei Jahre später, 1875, wurde er zum ausserordentlichen Professor für Kehlkopf- und Brustkrankheiten ernannt. In den Jahren 1877—1881 war er Primararzt an der Rudolfstiftung, vom Jahre 1881 an Vorstand der Klinik für Laryngologie am Allgemeinen Krankenhause.

Es war unzweifelhaft in seiner Eigenschaft als Laryngologe, dass Schrötter sich einen Weltruf errang, und obwohl aus der obigen kurzen Schilderung hervorgeht, dass er im ganzen Verlauf seiner academischen Thätigkeit stets die innere Medicin parallel mit der Laryngologie gepflogen hatte, so erregte es nicht geringes Erstaunen, das in den Kreisen seiner laryngologischen Fachgenossen mit aufrichtigem Bedauern gepaart war, als er im Jahre 1890 von seinem laryngologischen Lehramt und von der Leitung der laryngologischen Klinik zurücktrat und die neuerrichtete dritte medicinische Klinik übernahm. Diese Stellung hat er bis an sein Lebensende bekleidet, aber schon vor einem halben Jahre hatte er das Alter erreicht, das in Oesterreich gesetzmässig der Lehrthätigkeit ein Ende setzt, und nach Ablauf weiterer sechs Monate hätte er seine academische Stellung aufgeben müssen.

Sein äusserer Lebensgang ist ein ruhiger gewesen. Bekannt ist die Episode seiner Theilnahme an der Consultation, die im November 1887 in San Remo im Falle des damaligen Deutschen Kronprinzen abgehalten wurde. Allseitig wurde rühmend anerkannt, mit welchem Tact v. Schrötter sich der schwierigen, ihm von dem Consilium anvertrauten Aufgabe: dem hohen Patienten ein Bild der wahren Sachlage zu geben, entledigte; was über seine Theilnahme an der Denkschrift der Deutschen Aerzte zu sagen ist, ist in diesem Blatte seinerzeit gesagt worden.

In späteren Jahren beschäftigte sich v. Schrötter, abgesehen von seinen engeren Fachinteressen, ganz besonders mit dem Kampf gegen die Tuberculose,

*) Die folgenden biographischen Details sind theilweise verschiedenen Artikeln entnommen, welche gleich nach dem Heimgang des Verschiedenen in der Wiener „Neuen Freien Presse“ erschienen.

den er als erster in Oesterreich aufnahm. Seinen Bemühungen und seiner Energie ist es zu danken, wie Prof. v. Noorden dies in seinem Nachruf hervorhebt, „dass in Oesterreich Vorbildliches für die Abwehr der Tuberculose geschaffen wurde, und ebenso war er es, auf dessen Anregung und unter dessen emsiger Mitwirkung sich die Abwehrmaassregeln gegen die Tuberculose zu einem grossen internationalen Werke ausgestalteten“. In der von ihm gegründeten Heilanstalt Alland hat er an einem Abhang des Wiener Waldes ein Institut geschaffen, welches in erster Reihe der zeitgenössischen Sanatorien steht.

Auch auf socialem Gebiete hat sich der Verewigte grosse Verdienste erworben. Studentenkrankenvereine und Ferienhorte verdanken ihm Schutz und Förderung; ein Vortrag, in dem er die sanitären Verhältnisse Wiens erörterte (1890), erregte derzeit grosses Aufsehen; die Gesellschaft der Musikfreunde verliert in ihm, dem enthusiastischen Freunde der Musik, einen ihrer eifrigsten Förderer, wie dies an seiner Bahre trauernd anerkannt wurde.

Im Jahre 1896 erhielt er den Hofrathstitel, zahlreiche hohe Orden und Ehrenzeichen schmückten seine Brust, er war Ehren- und correspondirendes Mitglied zahlreicher ärztlicher, besonders laryngologischer Vereine, und im Vorjahre, anlässlich seines 70. Geburtstages, Gegenstand herzlichster Ovationen. Wir haben über dieselben ausführlich berichtet (vgl. Centralblatt Bd. XXIII, S. 117). Von seiner Bedeutung und Beliebtheit zeugte sein Leichenbegängniss, das, ganz abgesehen von der natürlich einzig dastehenden persönlichen Theilnahme seiner früheren Fachgenossen, ein wahrhaft imposantes Ereigniss bildete, indem alle Kreise Wiens ihre Theilnahme an dem Heimgang des hochverdienten Mannes bekundeten. — Es entspricht seinen Verdiensten, dass der Stadtrath von Wien ihm ein Ehrengrab an der Kapellenstrasse in den Ruhestätten historisch denkwürdiger Personen im Centralfriedhofe bewilligte.

Schrötter lebte in glücklichster Ehe; seine Söhne sind Aerzte, der älteste derselben, Hermann, hat bereits zahlreiche werthvolle Beiträge zur Literatur unseres Faches geliefert; die älteste Tochter ist verheirathet, die jüngste, ungewöhnlich reich musikalisch veranlagt, lebt noch im Elternhause.

Von seinen Publicationen allgemeinerer Natur seien hier nur einige der hervorragendsten erwähnt, so „Ueber die Temperaturverhältnisse bei der Pneumonie“ (1868), „Beitrag zur Kenntniss der Lageveränderung des Herzens“ (1870), „Ueber musikalische Geräusche am Herzen“ (1883), und vor allen Dingen seine Monographie über „Herzkrankheiten“ in dem grossen von Ziemssen'schen Sammelwerk, und diejenige über „Gefässkrankheiten“ im Nothnagel'schen Handbuch.

Von seinen laryngologischen Arbeiten wird ein vollständiges Verzeichniss, das wir der Güte seines Sohnes Hermann verdanken, am Schlusse des Nachrufs gegeben werden. An der Spitze derselben stehen zweifellos seine beiden Lehrbücher über die Krankheiten des Kehlkopfs und der Luftröhre, die seinerzeit ausführlich im Centralblatt besprochen worden sind (vgl. Centralblatt Bd. X, S. 51 und Bd. XIII, S. 451). Namentlich das zweite derselben, die „Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre“, darf als ein klassisches Werk bezeichnet werden, das unseres Wissens in der Literatur dieses Gegenstandes in keiner Sprache seines Gleichen findet. —

Von den monographischen Arbeiten des Verstorbenen auf laryngologischem Felde beanspruchen die erste Stelle seine Beiträge über Behandlung der Larynxstenosen und über Fremdkörper in den Luft- und Speisewegen. Mit beiden Fragen beschäftigte er sich mit Vorliebe. Namentlich seine Dilatationsmethoden dürfen als bahnbrechend bezeichnet werden, und sind auch durch die modernere O'Dwyer'sche Intubation durchaus nicht verdrängt worden. — Was die Behandlung von Fremdkörpern — und auch von gutartigen Neubildungen — im Kehlkopf und in der Trachea anbelangt, so war Schrötter ein wahrer Künstler auf dem Gebiete der Entfernung solcher. Seine Blüthezeit fällt theilweise in die Periode vor der Einführung des Cocains, und seine manuellen Leistungen zu jener Zeit, in der intralaryngeale und besonders intratracheale Operationen weit grössere Schwierigkeiten darboten, als heutzutage, waren wahrhaft erstaunliche.

Hat er sich als Schriftsteller auf laryngologischem Gebiete einen Anspruch darauf erworben, für alle Zeiten unter unseren Besten genannt zu werden, so wird die gegenwärtige Generation mit an erster Stelle dankbar seiner Lehrthätigkeit eingedenk bleiben. Schrötter war ein grosser Lehrer! — Mit einem seltenen Enthusiasmus, mit rastloser Energie, mit der grössten Bestimmtheit und Klarheit des Ausdrucks verband er ein Interesse an den Studien seiner Schüler, das dieselben zu eigenen Anstrengungen anfeuerte, und man darf mit Recht sagen, dass er Schule gemacht hat. Nicht nur die Mehrzahl der jetzt in Oesterreich und Deutschland thätigen Laryngologen hat längere oder kürzere Zeit zu seinen Füssen gesessen; auch in Grossbritannien, Frankreich, Italien, Nordamerika und thatsächlich in fast allen Culturländern zählen seine Schüler nach hunderten und hat sein Heimgang allgemeine Theilnahme und Trauer erweckt.

Schrötter war von ziemlich kleiner Statur, ungemein lebhaft in seinen Bewegungen, früher ein passionirter Reiter und Sportsman. Sein Kopf mit dem ziemlich kurz geschorenen starrenden Haupthaar und dem länglich gepflegten Backen- und Kinnbart, die in letzter Zeit fast ganz weiss geworden waren, mit dem energischen Zuge des Gesichts, mit den lebhaft blickenden Augen, war ungemein charakteristisch. Der Gesammteindruck, gehoben durch laute bestimmte Sprache, war der einer kräftigen, selbst- und zielbewussten, auf eigenen Füssen stehenden Persönlichkeit, ein Eindruck, der ebenso durch die Lectüre seiner Schriften wie durch nähere Bekanntschaft noch gehoben wurde. Aber das etwas Knorrige und Dogmatische der Erscheinung und der Rede deckte ein liebenswürdiges, ideales, künstlerisches, treues Gemüth, das den Mann nicht nur seiner Familie, seinen Freunden und seinen Schülern theuer, sondern auch der Wissenschaft und seinen Mitbürgern lieb und werth machte. Mit Schrötter haben wir einen guten Mann begraben, der seinen Namen unauslöschlich in das goldene Buch der Humanität, in die Annalen der Medicin und in die Geschichte der Laryngologie eingeschrieben hat, an deren Wiege es ihm vergönnt war zu stehen, die er während eines halben Jahrhunderts treulich gehütet und gepflegt hat, und deren Festredner er an ihrem Jubiläum sein durfte, am selben Tage, an welchem ein tragisches aber schönes Geschick es wollte, dass er seine Augen für immer schlösse! —

Felix Semon.

Verzeichniss der Arbeiten L. v. Schrötter's.

1. Exstirpation eines Kehlkopf-Polypen. Wiener med. Presse. No. 34. 1865.
2. Mittheilungen über eine Cyste an der Epiglottis. Wiener medic. Jahrbücher. XII. Bd. 1866.
3. Durchtrennung von Narben in der Trachea mit Hülfe des Kehlkopfspiegels. Vortrag in der Sitzung d. k. k. Gesellschaft d. Aerzte am 7. December 1866.
4. Beiträge zur laryngoskopischen Chirurgie. Wiener medicinische Jahrbücher. XV. Bd. 1868.
5. Weitere Beiträge zur laryngoskopischen Chirurgie. Wiener med. Jahrbücher. XVI. Bd. 1868.
6. Weitere Beiträge zur laryngoskopischen Chirurgie. (Ueber Haltung des Kehlkopfes.) Wiener med. Jahrbücher. XVII. Bd. 1869.
7. Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie an der Wiener Universität. Wien. Braumüller. 1871.
8. Beobachtungen über eine Bewegung der Trachea und der grossen Bronchien mittels des Kehlkopfspiegels. Sitzungsbericht der kaiserl. Academie d. Wissenschaften in Wien. 65. Bd. Juli 1872. III. Abth. 2. Heft. S. 251.
9. Laryngologische Mittheilungen im Jahresbericht der Klinik für Laryngoskopie an der Wiener Universität 1871/1873. Wien. Braumüller. 1875.
10. Officieller Ausstellungsbericht der Wiener Weltausstellung 1873; chirurgische Instrumente, Gruppe 14, Section 4. Bericht über die laryngologischen Instrumente.
11. Beitrag zur Behandlung der Larynx-Stenosen. Wien. Braumüller. 1876.
12. Mittheilung über ein von der Herzaction abhängiges an der Lungenspitze mancher Kranken wahrnehmbares Geräusch. (Im Anhange: Das beim Laryngoskopiren, beim Oeffnen des Mundes hörbare systolische Geräusch.) Sitzungsbericht d. kaiserl. Academie d. Wissensch. 1872. Bd. 66. S. 168.
13. Ueber fremde Körper im Schlundkopf, Larynx und der Trachea. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1876.
14. Carcinom der Trachea. Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte. Wien, 9. November 1877.
15. Ueber die laryngo- und rhinoskopische Untersuchung bei Kindern. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1879. No. 11.
16. Ueber „Chorea laryngis". Allgemeine Wiener med. Zeitung. 1879. No. 7.
17. Ueber Trachealstenosen. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. 1880. No. 12.
18. Ueber die Operation von Kehlkopfpolypen mittels eines Schwammes von Voltolini. Wiener med. Blätter. 1880.
19. Fremde Körper im Schlunde und Kehlkopfe. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 2. 1882.
20. Ueber das Cocainum muriaticum als Anaestheticum für den Larynx. Wiener med. Zeitung. No. 48. 1884.
21. Ueber das Vorkommen von Fettgewebe im Larynx. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 6. 1884.
22. Ueber angeborenen knöchernen Verschluss der Choanen. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 4. 1885.

23. Ueber einen besonders schweren Fall von Diphtherie. Laryngol. Section der 59. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. 1886.
24. Carcinom der Lunge oder Tuberculose? Allgemeine Wiener med. Zeitung. No. 48, 49 u. 50. 1886.
25. Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens. Wien. Braumüller. 1887—1892.
26. Ueber die Operation eines selteneren Kehlkopfpolypen. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 3. 1887.
27. Sarkom der Trachea. Wiener med. Anzeiger. No. 30. 1887.
28. Zur Diagnose des Aorten-Aneurysmas. Wiener klin. Wochenschr. No. 1, 2, 3. 1889.
29. Ueber das Vorkommen der Syphilis der oberen Luftwege. Wiener klin. Wochenschr. No. 37/38. 1890.
30. Beitrag zur Aetiologie der Lungengangrän nebst Bemerkungen zur Anatomie der grossen Bronchien. Wiener klin. Wochenschr. No. 45. 1890.
31. Bisherige Erfahrungen über das Koch'sche Heilverfahren mit besonderer Berücksichtigung der Kehlkopftuberculose. Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1890.
32. Fremdkörper im Kehlkopfe mit Perforation der Cart. thyr. und Abscessbildung nach aussen. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 5. 1893.
33. Beitrag zur Kenntniss des Verlaufes des Skleroms der Luftwege. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 5. 1895.
34. Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre. W. Braumüller. Leipzig und Wien. 1896.
35. Heilbarkeit der Tuberculose. Wiener klin. Wochenschr. No. 29. 1899.
36. Zur Heilbarkeit der Tuberculose. Zeitschrift f. Tuberculose. I. 1900.
37. Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen. Stuttgart. Ferd. Enke. 1901.
38. Contribution on the curing of tuberculosis in sanitaria. Read before the New York Medico-Legal Society and American Congress of Tuberculosis. Mai 1901.
39. Dilatationsmethoden für tiefsitzende Stenosen der Trachea. Vortrag auf dem XIV. Internationalen Congress zu Madrid. 1903.
40. Ueber die Monatscuren in der Behandlung der Tuberculose. Tuberculosis. Vol. I. No. I.
41. Zum Symptomencomplex des Morbus Basedowii. 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte. 1902.
42. Der 100. Geburtstag Senor Manuel Garcia's und der 50. Gedenktag der Erfindung des Kehlkopfspiegels. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 4. 1905.
43. Kehlkopf und Luftröhre in v. Zeissl's „Lehrbuch der venerischen Krankheiten". 1902.
44. Ueber Dr. Bulling's Inhalationsverfahren. Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1902.
45. Robert Koch's Bedeutung für die Bekämpfung der Tuberculose. Deutsche med. Presse. No. 23. 1903.
46. Neue Versuche über Inhalationstherapie. Tuberculosis. Vol. II. No. 5.



47. Zum Studium der Frage der Disposition der Tuberculose. Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1904.
48. Der neu entfachte Prioritätsstreit Garcia-Türck-Czermak. Berliner klin. Wochenschr. No. 16.
49. Ein seltener Fall von Tuberculose. Wiener klin. Wochenschr. No. 43. 1905.
50. Eine neue Beleuchtungsart von Canälen und Höhlen. Berl. klin. Wochenschr. No. 47. 1906.
51. Demonstration einer neuen Beleuchtungslampe für das Oesophagoskop und das Bronchoskop. Verhandlungen der Deutschen otologischen Gesellschaft. 1./2. Juni 1906.
52. Leukämische Infiltrate des Rachens und Kehlkopfs bei mononucleärer Leukämie. Wiener laryngologische Gesellschaft. März 1907.
53. Morbus Basedowii. Med. Klinik. No. 14. 1908.

II. Die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten.

Ein Jubiläums-Beitrag zur Geschichte der Laryngo-Rhinologie in den Jahren 1858—1908

von Dr. J. Sendziak (Warschau).

Den Theilnehmern des Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses in Wien gewidmet.

(Fortsetzung und Schluss.)

VI. Belgien und Holland*).

In Belgien giebt es vier Universitäten, von denen zwei, nämlich die in Gent (franz. Gand) und Lüttich (franz. Liège) Staatsinstitute sind, die anderen jedoch, die katholische Universität in Löwen (franz. Louvain) und die Frei-Universität in Brüssel (franz. Bruxelles) unabhängig sind.

An der Universität in Gent lehrte seit dem Jahre 1886 Eeman als „chargé des cours“ (d. h. als Privatdocent) anfänglich nur Otologie; drei Jahre später nahm er als Professor der inneren Medicin neben der Ohrenheilkunde auch die Rhino-Laryngologie in seinen Wirkungskreis auf. Erst vor zwei Jahren wurde er zum Director der oto-rhino-laryngologischen Klinik ernannt, deren Besuch jedoch nicht für den Studenten obligatorisch ist.

An der Universität in Lüttich lehrte ebenfalls seit dem Jahre 1886 Schiffers anfänglich nur Rhino-Laryngologie als „chargé des cours“, seit 1888 be-

*) Für die ausführlichen Notizen über Belgien und Holland spreche ich an dieser Stelle den Herren Dr. Delsaux in Brüssel und Prof. Burger in Amsterdam meinen herzlichen Dank aus. Derselbe Dank gebührt — was leider an den betreffenden Stellen vergessen wurde — für die Informationen bezüglich Oesterreich-Ungarn und Frankreich den Herren O. Chiari (Wien), Frankenberger (Prag), Onodi (Budapest), bezw. Moure (Bordeaux) und Lermoyez (Paris).



kleidet er das Amt eines ordentlichen Professors und Vorstandes der Universitäts-Poliklinik und Klinik fur Oto-Rhino-Laryngologie.

Obgleich auch hier der Unterricht in der Oto-Rhino-Laryngologie für den Studenten nicht obligatorisch ist, werden von dieser Universität Specialdiplome für dieses Fach gegeben*), eine Einrichtung, die leider meines Wissens sonst nirgends existirt.

An der Universität in Löwen lehrt die Oto-Rhino-Laryngologie und leitet die oto-rhino-laryngologische Poliklinik und Klinik Baudois, Professor der pathologischen Chirurgie, welcher ebenso wie Prof. Eeman Studenten in diesen Fächern examiniren kann; obligatorisch aber ist das Studium nicht und ebensowenig ist Oto-Rhino-Laryngologie obligatorischer Examengegenstand.

An der Universität in Brüssel lehrte seit dem Jahre 1887 Privatdocent („agrégé") Capart die Rhino-Laryngologie. Diesen Lehrstuhl hat gegenwärtig Cheval inne. Nach dem Tode (1900) des berühmten Otologen Delstanche lehrt die Otologie als Privatdocent („agrégré") Delsaux, Redacteur des einzigen in Belgien erscheinenden Specialjournals „La Presse oto-laryngologique Belge" — einer der thätigsten und verdienstvollsten gegenwärtigen Specialisten in Belgien —, Verfasser werthvoller oto-rhino-larygologischer Arbeiten. Beide „agrégés", Cheval und Delsaux, beschäftigen sich sowohl mit Otologie als auch Laryngologie; sie leiten die Universitätsklinik und Klinik, welche den Namen „Cliniques complémentaires" führen und deren Besuch nicht für Studenten obligatorisch ist. Ausser diesen oben erwähnten hervorragendsten Vertretern der Laryngo-Rhino- resp. Otologie in Belgien muss ich noch folgende Specialisten, deren Namen gleichfalls in der Literatur einen guten Klang haben, erwähnen, nämlich in Brüssel Bayer, Goris, Hennebert, Labarre, Laurent, Hicquet; in Lüttich Beco; in Ypres Delie; vor allem aber Broeckaert in Gent, den Verfasser ausgezeichneter physiologischer Arbeiten über die Innervation des Kehlkopfes und begeisterten Vorkämpfer der Paraffinprothesen.

In Belgien sind keine Lehrbücher der Rhino-Laryngologie erschienen, dagegen ziemlich viele ausgezeichnete Monographien, von denen ich nur als die wichtigsten erwähnen will: de Beule: „Recherches expérimentelles sur l'innervation motrice du Larynx", 1902; Delsaux: „Les complications endocraniennes des sinusites de la face". La Presse oto-laryng. Belge, 1905; weiter: Broeckaert: „Etude sur le nerf récurrent laryngé; son anatomie et sa physiologie normales et pathologiques", 1902—1903, sowie desselben Verfassers neueste Arbeit: „Les indications pour la prothèse de paraffine". Le Laryngoscope. 1908.

Im Jahre 1895 wurde unter dem Präsidium des verstorbenen Prof. Delstanche die „Société Belge d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie" gegründet, welche gegenwärtig 80 active und 60 correspondirende Mitglieder zählt und ihre Arbeiten in einem besonderen Bulletin veröffentlicht.

*) Ohne dieses Diplom practiciren gegenwärtig viele (circa 40) Oto-Laryngologen in Belgien, mit Diplom jedoch 80 Specialisten!

Holland.

Bis vor Kurzem war die Rhino-Laryngologie an den Niederländischen Universitäten officiell gar nicht vertreten, mit Ausnahme von Utrecht, wo Brondgeest (gestorben 1904) „Lector“ für Laryngologie und Pharmacodynamie (!) war. In Amsterdam war der durch seine Studien über „Aprosexia nasalis“ bekannte Guye (1905 gestorben) ausserordentlicher Professor der Ohrenheilkunde. Weiter gab es an sämmtlichen Universitäten Privatdocenten für Rhino-Laryngologie, nämlich:

in Amsterdam: Burger uud Posthumus Meyjes;
in Leiden: Nijkamp (verstorben im Jahre 1899);
in Utrecht: Huysmann;
in Groningen: Schutter.

Seit kurzer Zeit haben sich die Verhältnisse in Bezug auf den oto-rhino-laryngologischen Unterricht erheblich gebessert. Nach dem Tode Guye's ist in Amsterdam sein Nachfolger, Dr. Burger, zum ausserordentlichen Professor und Vorstand der oto-rhino-laryngologischen Klinik und Poliklinik ernannt worden.

Im Jahre 1907 sind dann auch an den übrigen drei Universitäten officielle Docenten ernannt worden, alle für Ohrenheilkunde und Rhino-Laryngologie:

in Leiden: Dr. Kan zum ausserordentlichen Professor;
in Utrecht: Dr. Quid zum Lector, endlich
in Groningen: Dr. Schutter zum ausserordentlichen Professor*).

An jeder Universität existirt eine officielle Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, welche unter der Leitung des genannten Docenten steht.

Unter den Niederländischen Specialisten nimmt ohne Zweifel die erste Stelle der oben erwähnte Prof. Burger ein, Verfasser vieler ausgezeichneter Monographien und Arbeiten, vor allem über Innervation des Kehlkopfes. Ausser den bereits erwähnten Docenten und Professoren sind noch zu nennen: Moll in Arnheim, Pel in Amsterdam, Mink in Zwolle, Zwaardemaker, Professor der Physiologie in Utrecht, dessen Name eng mit der Rhinologie wegen seiner Arbeiten über die Physiologie des Geruchs verknüpft ist.

Auch in Holland ist kein Handbuch der Laryngo-Rhinologie erschienen; 1905 veröffentlichte Prof. Burger zusammen mit Zwaardemaker ein grosses Lehrbuch der Ohrenheilkunde in niederländischer Sprache. Dagegen ist an werthvollen grösseren Arbeiten bezw. Monographien kein Mangel; es seien nur erwähnt:

Burger: „Die laryngealen Störungen bei Tabes dorsalis“. Leyden 1891.
„Die Frage der Posticuslähmung“. Volkm. Samml. 1892.
„Das Empyem der Highmorshöhle“. Ebendas. 1894. etc. etc.
Zwaardemaker: „Die Physiologie des Geruchs“. Leipzig 1895 etc. etc.
Moll: „Die oberen Luftwege und ihre Infection“. Volkm. Samml. 1902.
Kijkman: „Radiographie des Kehlkopfs“. Fortschr. Röntg. Bd. VII. etc.
Mink: „Die Nase als Luftweg“. Bresgen's Samml. Bd. VII. H. 5. 1904.

*) Die ausserordentlichen Professoren sind in Holland — im Gegensatz zu Deutschland — Mitglieder des academischen Senates und der medicinischen Facultät: die Lectoren dagegen nicht. Letztere dürften also in der academischen Hierarchie die Stelle der deutschen ausserordentlichen Professoren einnehmen, allein ohne den hier besonders werthvollen Professortitel!



Schutter: „Le nez et la bouche comme organes de la respiration“. Annal. des mal. d. l'oreille. XIX.

Tondeles: „Die Pathologie der Pharynxdivertikel“. Diss. Leyden 1894.

Wilkens: „Ueber die Bedeutung der Durchleuchtung für die Diagnose der Kieferhöhlenerkrankung“. Diss. Leyden 1896.

Prof. Einthoven (Utrecht): „Physiologie des Rachens“. In Heym. Handb. Köln a. Rh. 1899.

und viele andere, welche hier wegen Mangels an Raum nicht berücksichtigt werden konnten.

Im Jahre 1893 (also viel früher als in Belgien) wurde die „Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“ gegründet unter dem Präsidium des verstorbenen Guye. Der gegenwärtige Vorsitzende ist Moll.

Die Gesellschaft zählt jetzt ungefähr 60 Mitglieder.

Im Allgemeinen existiren in den Niederlanden keine sogenannte „reine“ Laryngologen, d. h. Specialisten für Rhino-Laryngologie, die nicht Ohrenheilkunde betreiben.

VII. Italien.

Der erste, welcher in Italien die Laryngoskopie im Jahre 1864 eingeführt hatte, war, wie es scheint, Gentile. Die eigentlichen Gründer jedoch der italienischen Laryngologie sind Labus in Mailand und Massei, der erste Professor der Laryngologie (seit 1882) und Director der ersten laryngologischen Klinik in Neapel, dessen Name in der ganzen laryngologischen Welt wohl bekannt ist, vor allem durch seine Arbeit über Erysipel des Kehlkopfes.

Gegenwärtig bestehen fast an allen Universitäten Italiens Lehrstühle für Laryngo-Rhinologie, welche leider meist von der Otologie nicht getrennt sind. So z. B. functionirte noch im Jahre 1881 de Rossi, der berühmte Professor der Otiatrie an der Universität zu Rom, gleichzeitig als Docent der Laryngologie; nach seinem Tode übernahm die Leitung der oto-laryngologischen Klinik an dieser Universität der bekannte Prof. Ferreri. Ausserdem lehren noch als Docenten und Professoren der Oto-Rhino-Laryngologie: Egidi, Nuvoli und Geronzi in Rom, Cozzolino (Professor und Vorstand der oto-rhinologischen Klinik), Trifiletti, Fasano, Gentile, Tanturri, Damieno und Borgoni in Neapel, letzterer Redacteur des „Giornale Ital. di Laring. etc.“; weiter in Pisa Professor Grazzi, in Florenz die Professoren Ostino und Toti; in Genua Prof. Masini, Verfasser bekannter physiologischer Arbeiten über die Innervation des Kehlkopfs, sowie die Docenten Genta, Strazza und Poli; in Pavia Prof. Nicolai, Herausgeber von ausgezeichneten laryngo-rhinologischen Atlanten; in Mailand Avoledo und Prof. Della Vedova, dessen bakteriologische Arbeiten über Ozaena (bacilli pseudodiphtheritici — als Ursache dieses Leidens) erwähnt seien und der Redacteur des Specialjournals „La pratica otolaringoiatrica“ ist: in Padua Docent Arslan, in Turin Prof. Gradenigo*), Vorstand der oto-rhino-laryngologischen Klinik, Verfasser einer ausgezeichneten Monographie über Hypertrophie der Rachen-

*) Welchem ich für diese Notizen meinen besten Dank ausspreche.

tonsille; sowie die Docenten Dionisio, Gavello und Calamida, ferner: d'Aguano, Faraci, Pusateri und Ficano in Palermo; Prof. Ottolenghi in Siena, schliesslich der verstorbene Prof. Corrado-Corradi in Verona.

Ausser diesen Inhabern academischer Lehrstühle seien noch folgende hervorragende Specialisten genannt: Rosati, sowie der verstorbene Marchiafava in Rom, Martuscelli in Neapel, Luzzati in Turin, Brunetti, Putelli und Mengotti in Venedig, Ciarrago-Barrella, Altara, Stefani, Calvino und de Simoni in Cagliari (Sardinia); die Docenten Canepele, Mongardi, Ajutolo, sowie Secchi in Bologna; schliesslich Citelli in Catania (Sicilien).

Was die italienischen laryngo-rhinologischen Lehrbücher anlangt, so existiren deren nur zwei:

1. Massei: Patologia e terapia della faringe, delle fosse nasali e della laringe. Napoli e Milano 1890. I. V. Laringe e fosse nasali. II. V. Laringe. Ins Deutsche von Fink übersetzt 1902.

2. Gradenigo: Patologia e terapia dell'orecchio e delle prime vie aeree. Torino 1904.

Ausserdem giebt es einen laryngo-rhino-otologischen Atlas, nämlich von Nicolai: Oto-Rino-Laringoscopia ed Esofagoscopia. Anatomia, topografia e metodi di esame del naso, faringe, orecchio ed oesophago. Milano 1903.

Von den wichtigeren Monographien muss ich vor allem die folgenden erwähnen:

Massei: Erisipela della laringe. 1885. Riv. chir. e ter.

Bottini: La chirurgia del collo. Milano 1897.

Calvino: Sul potere attenuante e microbicida delle mucose. Arch. ital. d'otol. etc. 1899. VIII.

Gradenigo: Die Hypertrophie der Rachentonsille. Haug's klin. Vorträge. Bd. IV. H. 4. 1901.

Alhaique: Chirurgia dei seni della facia. Napoli 1907.

und viele andere, für deren Aufzählung der Raum mangelt.

Ausserordentlich reich ist Italien an laryngo-rhino- bezw. otologischen Journalen:

1. Archivio italiano di laringologia. Napoli; die älteste im Jahre 1880 von Massei gegründete Fachzeitschrift.

2. Archivio italiano d'Otologia, Rinologia e Laringologia. Von Professor de Rossi und Prof. Gradenigo im Jahre 1893 in Turin gegründetes sehr bedeutendes Journal. Gegenwärtige Redacteure Prof. Gradenigo und Prof. Ferreri.

3. Bolletino delle malattie dell'orecchio della gola e del naso. Monatlich erscheinendes von Prof. Grazzi in Florenz gegründetes Journal.

4. Annali di Laringologia e Otologia, Rinologia e Faringologia. Genova. 1900 von Prof. Masini gegründet.

5. Archivio internazionale di Laringologia, Rinologia e Otologia etc.

6. La Pratica otolaringoiatrica. Milano. Redacteur Prof. Della Vedova. Erscheint seit 1900 alle zwei Monate.

7. Giornale italiano di Laringologia, Otologia e Rinologia. Napoli. Redacteur Prof. Borgoni seit 1900.



Die Fachgesellschaften sind:

1. Im Jahre 1887 wurde eine „Otolaringologica Sezione del Congresso medico generale“ in Pavia unter dem Präsidium von Longhini ins Leben gerufen, aus ihr entstand:

2. Im Jahre 1892 in Siena die von Prof. Geronzi gegründete „Società italiana di Laringologia, d'Otologia e di Rinologia“. Dieselbe hält ihre Versammlungen jährlich in verschiedenen Städten Italiens ab; die letzte im Jahre 1907 in Rom unter dem Präsidium Prof. Nicolai's.

VIII. Polen

nimmt, wie ich schon in der Einleitung erwähnt habe, was die Zahl der in den letzten 25 Jahren veröffentlichten Arbeiten auf dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie anbelangt, die achte Stelle ein.

Ungeachtet der im Allgemeinen ausserordentlich ungünstigen äusseren Verhältnisse verleugnete die polnische Laryngologie und Rhinologie nicht ihre Kraft, indem sie während der letzten 50 Jahre (1858—1908) einen sehr activen Antheil an der Entwickelung dieser Specialitäten nahm. Es ist dies ein Verdienst der einzelnen Vertreter der polnischen Laryngo-Rhinologie, zu welchen man vor allem Prof. Pieniazek in Krakau, sowie Heryng und Sokolowski in Warschau zählen muss, deren Namen in der ganzen laryngologischen Welt sich eines guten Klanges erfreuen. Ich muss hier auch betonen, dass einer der Begründer der klinischen Laryngologie, nämlich Czermak, Professor der Rhinologie an der Universtät in Krakau in den Jahren 1856—1857, ein Pole war, sowie dass Prof. Jurasz in Heidelberg, einer der hervorragendsten Vertreter der Laryngo-Rhinologie in Deutschland, und von Mikulicz-Radecki, zuerst Professor der Chirurgie an der Universität in Krakau, später in Königsberg und schliesslich in Breslau, der polnischen Nationalität angehören.

Die laryngologische Bewegung in Polen hat früh angefangen; sofort nach der Entdeckung des Laryngoskopes wurde dieses in Krakau von Gilewski, dem späteren Professor der therapeutischen Klinik, eingeführt, welcher im Jahre 1860 in Wien bei Türck studirt hatte und etwas später in Warschau, nämlich im Jahre 1862 von Baranowski, damals Docent und später Professor der diagnostischen Universitätsklinik. Zu den ersten, welche sich mit der Laryngoskopie bezw. Laryngologie in Warschau beschäftigten, gehören Karwowski und Dobrski. Die ersten Notizen, welche in Polen über die Laryngoskopie und Rhinoskopie veröffentlicht wurden, stammten aus der Feder von Rosicki (1861), Rose (1868), schliesslich Taczanowski (1869), dessen Handbuch der Laryngoskopie und Laryngologie nur ein Compilatorium aus Türck's Klinik der Kehlkopfkrankheiten und Tobold's Lehrbuch der Laryngoskopie ist.

Die ersten grösseren werthvollen Original-Arbeiten, die auf dem Gebiete der Laryngologie in Polen veröffentlicht wurden, stammten aus den Federn der damaligen Krakauer Docenten und gegenwärtigen Professoren der Laryngologie, nämlich Jurasz (jetzt in Heidelberg): „Laryngoskopia“ und Pieniazek: „Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy“, 1879, sowie „Uzupelnienia“ etc. 1887.

Seit dieser Zeit hat die polnische Laryngo-Rhinologie mit der Entwickelung

dieser Specialitäten Schritt gehalten. Es ist wahr, dass an der seit ein paar Jahren wegen innerer Unruhen geschlossenen Universität in Warschau kein laryngo-rhinologischer Lehrstuhl existirt; im österreichischen Polen jedoch besteht ein solcher seit langem, in Krakau (einer der ältesten Universitäten, welche im Jahre 1900 das 500jährige Jubiläum ihres Bestehens feierte) ebenso wie seit kürzester Zeit eine laryngologische Universitätsklinik unter der Leitung des früher ausserordentlichen und seit 1903 ordentlichen Professors Pieniazek, sowie der Docenten Baurowicz*) und Nowotny. An der zweiten seit mehr als 10 Jahren in Oesterreich-Polen bestehenden Universität in Lemberg ist schon lange principiell die Einrichtung eines Lehrstuhls und einer Klinik für Oto-Laryngologie beschlossen; zu ihrer Leitung war anfänglich Prof. Jurasz in Heidelberg, dann der Verfasser dieses Artikels ausersehen, jedoch ist gegenwärtig diese Frage noch nicht definitiv gelöst**).

In Warschau bestehen seit einer Reihe von Jahren laryngologische, meistentheils aber laryngo-rhino-otologische Abtheilungen in St. Roch, Heiligem Geist, Kindlein Jesu, evangelischem Praga und jüdischem und anderen Hospitälern unter der Leitung Heryng's (jetzt Dudrewicz und Stamirowski), Sokolowski's (Logucki), Karwowski's (jetzt Swiatecki), Wroblewski's (jetzt Ronthaler und Sinolecki), Verfasser's dieses Artikels (jetzt Polanski), Dobrowolski, Schleifstein, schliesslich Lubliner's, der die am besten eingerichtete Abtheilung für stationäre Kranke hat.

Zu den hervorragenderen Vertretern der Laryngo-Rhinologie in Polen gehören ausser den schon erwähnten Prof. Pieniazek und den Docenten Baurowicz und Nowotny, die sich vor allem durch ihre ausgezeichneten Arbeiten über Sklerom, Tracheo-Bronchoskopie etc. einen Namen gemacht haben, Heryng, dessen Name stets mit der Frage der chirurgischen Behandlung der Larynxtuberculose verknüpft sein wird, Verfasser einer schönen Monographie über die Kehlkopfkrankheiten, und Sokolowski, von dessen Arbeiten aus dem Gebiete der inneren resp. Lungen- wie Kehlkopfkrankheiten vor allen das umfangreiche, ausgezeichnete Handbuch der Krankheiten der Luftwege (Luftröhre, Bronchien und Lungen) erwähnt werden muss, ferner der leider schon so früh gestorbene Wroblewski in Warschau, der über adenoide Vegetationen, Zungentonsille, Abscess der Nasenscheidewand etc. gearbeitet hat, weiter Dmochowski, ebenfalls in Warschau, bekannt durch seine ausgezeichneten anatomisch-pathologisch laryngo-rhinologischen Arbeiten (Empyema et hydrops antri Highmori, adenoide Vegetationen und Zungentonsille, Croup und Erysipel in den oberen Luftwegen etc.), schliesslich Oltuszewski, Meyerson, Lubliner, Srebrny, Swiatecki, Hertz, Logucki, Dobrowolski Zieciakiewicz, Erbrich u. a. m.; ausserdem Przedborski in Lodz, der unter anderem eine bemerkenswerthe Arbeit über Kehlkopfstörungen bei Typhus geliefert hat, Swiezynski in Wilno, Schmurlo in Samara; schliesslich Stachiewicz und Zaleski (Docent der Otiatrie) in Lemberg, Dembinski in Posen etc. Von den ge-

---

*) Kürzlich zum ausserordentlichen Professor ernannt.
**) Wie es scheint, wird Prof. Jurascz berufen.

storbenen muss ich hier ausser dem schon erwähnten Wroblewski und Modrzejewski (mehr Otologe) vor allem Koehler in Posen, Senior der Oto-Rhinologen im deutschen Polen, anführen.

[Erklärliche Bescheidenheit hat Dr. Sendziak veranlasst, hier seinen eigenen Namen mit Stillschweigen zu übergehen; derselbe darf jedoch in der vordersten Reihe der polnischen Laryngologen nicht fehlen! Red.]

Es existiren in Polen zwei laryngo-rhino-otologische Gesellschaften, nämlich:

1. Eine alle 3 Jahre tagende gemischte Section der allgemeinen Versammlungen der polnischen Aerzte und Naturforscher (die letzte, d. h. X., fand im Jahre 1906 in Lemberg statt) und

2. die im Jahre 1899 von Heryng in Warschau gegründete laryngo-rhino- und otologische Gesellschaft, welche, nach zweijährigem Intervall wieder von Sokolowski ins Leben gerufen, sich eines glücklichen Gedeihens erfreut.

In Polen giebt es im engeren Sinne kein specielles Journal, nur werden in dem vor einigen Jahren von dem verstorbenen Chirurgen Krajewski herausgegebenen „Przeglad Chirurgiczny" unter anderem auch Themata aus der Otologie und Rhino-Laryngologie behandelt.

An rhino-laryngologischen Lehrbüchern ist in Polen eine grosse Zahl erschienen; schon erwähnt habe ich das erste 1879 erschienene Handbuch der Kehlkopfkrankheiten aus der Feder Prof. Pieniazek's; zwei ersten der polnischen Lehrbücher über die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes (1898), sowie über die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Speiseröhre (1900) wurden vom Verfasser dieses Artikels veröffentlich; ferner erschienen in dem Sammelwerke über die inneren Krankheiten von Prof. Jaworski in Krakau, sowie in der Diagnostik der inneren Krankheiten von Bieganski in Czenstochau besondere Monographien über Hals- und Nasenkrankheiten von Prof. Pieniazek in Krakau und Sokolowski in Warschau; weiter die beiden oben erwähnten Handbücher von Sokolowski (Die Krankheiten der Luftröhre und der Bronchien, 1902), sowie Heryng (Die Methoden der Untersuchung und localer Behandlung der Kehlkopfkrankheiten, 1906); beide Werke sind auch ins Deutsche 1906 übersetzt worden.

Nicht nur, was die Zahl der Veröffentlichungen, sondern auch deren Qualität anbelangt, steht die polnische Laryngo-Rhinologie auf der Höhe der Wissenschaft.

Abgesehen von den oben erwähnten Monographien und Handbüchern sind in Polen eine ganze Reihe werthvoller kleinerer oder grösserer Arbeiten resp. Monographien erschienen, von welchen ich nur die wichtigsten erwähnen werde:

Pieniazek: „Die Verengerungen der oberen Luftwege", 1901; sowie „Das Sklerom", „Das Pharyngosklerom", „Chronische infectiöse Infiltrationszustände im Larynx und Trachea (Laryngitis subglottica, Stoerk'sche Blennorrhoea, Sklerom") in Heymann's Handb. d. Laryngol. u. Rhinol.. 1898—1900; „Ueber Fremdkörper in den oberen Luftwegen", Przegl. Lek. 1895, etc.

Heryng: „Die Heilbarkeit der Larynxphthise und ihre chirurgische Behandlung", 1886, auch deutsch, Stuttgart 1887; sowie „Ueber Durchleuchtung der Highmorshöhle bei Empyem", 1889; „Ueber die Pharyngitis lateralis", Gaz. lek.

1881; sowie „Mycosis pharyngis leptothricia", ibidem 1884; „Ueber Elektrolyse", 1892, Przegl. lek.; sowie „Inhalationsmethoden", ibidem 1906, etc.

Sokolowski: „Larynxerkrankungen bei chronischen und allgemeinen Erkrankungen". In Heymann's Handb. der Lar. u. Rhin. 1898—1900 und Odczyty kliniczne, 1898; weiter „Ueber Laryngitis chron. hypoglottica", Gaz. lek. und „Beitrag zur Pathologie und Therapie der entzündlichen Processe der Gaumenmandel" zusammen mit Dmochowski). Ibidem 1898, etc.

Baurowicz: „Ueber Aetiologie der Ozaena", 1895, Przegl. lek.; sowie „Ueber die Centren und Nerven des Kehlkopfs in Bezug auf die Phonation". Ibidem 1896, etc.

Nowotny: „Bronchoskopie und bronchoskopische Behandlung von Bronchialasthma". Przegl. lek. und Mon. f. Ohrenheilk. etc. 1907. No. 12, etc.

Wroblewski: „Ueber die adenoiden Vegetationen". Gaz. lek., 1889; sowie „Ueber die Hypertrophie der Zungentonsille". Ibidem, 1892. „Ueber acuten Abscess der Nasenscheidewand". Ibidem, 1894, etc.

Dmochowski: „Ueber Empyema antri Highmori". Pam. Tow. Lek., 1897; weiter „Ueber die secundären Erkrankungen der Pharynxtonsille und der Balgdrüsen an dem Zungengrund, sowie des Nasenrachenraumes bei den Schwindsüchtigen", 1889 und 1894. Gaz. lek.; ferner „Ueber Croup", sowie „Ueber Erysipel der oberen Luftwege". Now. lek., 1892 und 1902, etc.

Dobrowolski: „Ueber die lymphatischen Follikel der Schleimhaut der Speiseröhre etc." 1892. Pam. Tow. Lek.

Schliesslich Verfasser dieses Artikels: „Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose". Kron. Lek., 1889; auch in englischer Sprache in Journ. of Laryng., 1889. „Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Ohrenstörungen bei den acuten infectiösen Krankheiten". Now. Lek., 1900; sowie „Aetiologie der sogenannten Angina follicularis" (bakteriologische Arbeit), 1894, Ibidem, auch deutsch im Arch. f. Laryngol, 1895; ferner „Rhinitis chronica atrophicans resp. Ozaena". Kron. Lek., 1906; schliesslich „Die bösartigen Kehlkopfgeschwülste und ihre Radicalbehandlung". Przegl. lek. (auch in deutscher Sprache, Wiesbaden 1907) und „Aetiologie der Mycosen in den oberen Luftwegen". Kron. Lek., 1906 (auch in englischer Sprache in Annals of Otol., Lar. and Rhin., 1906): die beiden letztgenannten Monographien wurden auf den internationalen Preisausschreibungen in Frankreich und Amerika mit der goldenen Medaille gekrönt.

IX. Russland.

Der erste, der in Russland im Jahre 1860 die Benutzung des Kehlkopfspiegels eingeführt hat, war Rauchfuss in St. Petersburg, der Nestor der russischen Laryngologen, der vor Kurzem das 50jährige Jubiläum seiner verdienstvollen Thätigkeit feierte und der unter anderem stets ausgezeichnete Artikel in Gerhardt's Sammelwerke der Kinderkrankheiten „Ueber die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre im Kindesalter" (1878) verfasst hat. Er hat auch den ersten (1861) bis jetzt noch überall gebrauchten Larynxinsufflator angegeben.

Der zweite Vertreter der russischen Laryngologie wurde Koschlakoff, der

erste Docent (1860) und später Professor der Laryngologie an der medicinischen Academie in St. Petersburg.

Seit dem Jahre 1885 ist Director der ersten laryngo-rhino-otologischen Universitätsklinik in St. Petersburg (Wojenno-Medicinskaja Akademia) Prof. Simanowski. Der zweite officielle Lehrstuhl für Oto-Laryngologie befindet sich am weiblichen medicinischen Institute, ihn hat Prof. Wierchewski inne. Ausserdem lehren im klinischen Institute der Grossfürstin Eleny Pawlowny zwei hervorragende Specialisten, ohne jedoch eine Klinik zu haben, nämlich: die Rhino-Laryngologie Prof. Nikitin, Verfasser der einzigen russischen Lehrbücher der Laryngo-Rhinologie, die Otologie Prof. Okunew, dessen Name in der laryngo-rhinologischen Literatur gut bekannt ist. Zu den sonstigen renommirten Specialisten gehören noch in St. Petersburg Hellat und Lunin (gegenwärtige und gewesene Referenten der russischen laryngo-rhinologischen Literatur in diesem Blatte), Schirmunski, Sacher, Jacobson, endlich Lewin, der gegenwärtige Redacteur der einzigen Fachzeitschrift („Jeschemiesiacznik etc.“), welchem ich für einige diesbezügliche Notizen meinen besten Dank sage; ferner in Moskau: die Docenten Stepanow, Preobrashensky, Iwanow, sowie Scott, schliesslich v. Stein, seit 1896 Vorstand der berühmten Bazanow'schen Klinik, der hervorragendste Specialist für Ohrenkrankheiten, bekannt jedoch auch in der Laryngo-Rhinologie durch werthvolle Arbeiten; weiter in Kiew Prof. Wolkowicz und Wysokowicz; in Riga Bergengrün, Verfasser einer ausgezeichneten Monographie über Lepra, und viele andere. Von den verstorbenen hervorragenden Specialisten verdienen vor allem erwähnt zu werden Mandelstamm in Kiew und Pogrebinski in Odessa.

Wie ich schon erwähnt habe, sind in Russland nur zwei Lehrbücher der Laryngologie und Rhinologie erschienen; beide haben Prof. Nikitin zum Verfasser:

1. „Die Krankheiten der Nase“. 1882. III. Aufl. 1902 und
2. „Handbuch der Laryngologie und der Krankheiten des Kehlkopfes“. 1884. III. Aufl. 1903.

Von den wichtigsten in den letzen Jahren in russischer Sprache veröffentlichten grösseren Arbeiten resp. Monographien habe ich folgende zu erwähnen:

Genkin: Zur Frage der Action der Galvanokaustik, Lapis, Acidum trichloraceticum und chromicum etc. Moskau 1902.

Bergengrün: Die lepröse Erkrankung der Nase, des Rachens und des Nasenrachenraumes, sowie des Kehlkopfes und der Luftröhre. In Heymann's Handb. der Laryngol. u. Rhinol. 1898 u. 1900.

Terebinski: Einige Angaben zur Frage der bösartigen Larynxgeschwülste und deren operativen Behandlung. Dissert. Moskau 1907.

Szapiro: Zur Frage des Einflusses der erschwerten Nasenathmung auf die morphologische Gestalt des Blutes, Athmung und Kreislauf. Diss. Moskau 1903.

Wysokowicz: Pharyngitis keratosa punctata. Virch. Arch. 1907.

Okunew: Die Resection des Canalis nasolacrymalis bei den Augenkrankheiten. 1908. Jeschemiesiacznik usznych, gorlowych i nosowych boleznicj.

Iwanow: Ueber die Behandlung der acuten und subacuten Erkrankungen der Nebenhöhlen. Ibidem. 1908.

Erbstein: Anatomie, Physiologie und Hygiene der Luftwege und Ohren. St. Petersburg 1908.

In Russland besteht, wie oben erwähnt, seit dem Jahre 1906 eine oto-laryngo-rhinologische Monatsschrift: „Jeschemiesiacznik usznych, gorlowych i nosowych boleznicj“, die in St. Petersburg unter der Redaction von Nikitin und Okunew, Schirmunski, Sacher und Lewin (der gegenwärtige Hauptredacteur) erscheint; Mitredacteur ist v. Stein in Moskau.

Was schliesslich die Gesellschaften für Rhinologie und Laryngologie in Russland betrifft, so existiren jetzt die folgenden:

1. Die in Moskau von Scott im Jahre 1897 gegründete „oto-laryngologische Gesellschaft“. Vorsitzender: v. Stein.

2. In St. Petersburg die 1902 von Hellat gegründete „oto-laryngologische Gesellschaft“. Vorsitzender: Simanowski.

3. Die seit 1906 von Prof. Nikitin ins Leben gerufene „St. Petersburger oto-laryngologische Gesellschaft“, deren Organ die oben erwähnte Monatsschrift ist.

4. Schliesslich wird im December dieses Jahres (1908) in St. Petersburg der erste panrussische Congress der Oto-Laryngologen stattfinden.

In Finnland giebt es in der Hauptstadt Helsingfors einen Lehrstuhl für Oto-Laryngologie unter der Leitung Prof. af Forselles. Zu den wichtigsten in Finnland erschienenen Monographien gehört vor allem die von Ziliacus in Helsingfors: „Die Ansbreitung des Platten- und Cylinderepithels im menschlichen Kehlkopfe während der verschiedenen Lebensalter“. 1905.

X. Spanien*)

ist, wie bekannt, das Vaterland des Erfinders des Kehlkopfspiegels, Manuel Garcia's, der viele Jahre in London wohnte und dort im Alter von 102 Jahren starb. Begründer der spanischen Laryngologie waren Ariza in Madrid, Verfasser des ersten laryngo-rhinologischen Handbuches (1888), sowie Roquer y Casadesus in Barcelona, beide gestorben.

Der Unterricht der Oto-Rhino-Laryngologie ist in Spanien erst seit dem Jahre 1902 obligatorisch geworden: alle Professoren sind provisorisch ernannt entweder für den officiellen oder freien Unterricht. An der Universität in Madrid hat den officiellen Lehrstuhl Prof. Cisneros inne, bekannt vor allem durch seine Arbeiten über Exstirpation des Kehlkopfes beim Krebs; den freien Unterricht üben aus: Rueda, Forns und Tapia, endlich Horcasitas, Compaired etc.

An der Universität Barcelona: für den officiellen Unterricht Sajo, für den freien Unterricht Botey, Martin und Sune, von denen der erstgenannte zu den hervorragendsten Vertretern der spanischen Laryngo-Rhinologie gehört und unter

*) Für einige Notizen, betreffend den Unterricht der Laryngo-Rhinologie in Spanien spreche ich an dieser Stelle Dr. Tapia in Madrid meinen herzlichen Dank aus.

anderem, ein rhino-laryngologisches Handbuch (1895) verfasst und eine sehr besuchte Klinik hat.

An der Universität Granada: Oloriz für den officiellen Unterricht (früher der verstorbene Prof. Pelaez); in Zaragoza: Fairen; in Sevilla: Magro; in Salamanca: Pinilla; in Valencia: Bartual; in Valadolid: Vargas; endlich in Cadiz: Portela; alle für den officiellen Unterricht.

Ausser diesen oben erwähnten officiellen Vertretern der Laryngo-Rhino- resp. Otologie an den spanischen Universitäten sind noch folgende namhafte Specialisten zu nennen: Prof. de la Sota y Lastra in Sevilla, Verfasser des Lehrbuches: „Theoretisches und practisches Handbuch über Nasen- sowie Rachen- und Kehlkopfkrankheiten" 1900—1902), Botella, Urunuela, Gomez de la Mata, Martinez, alle in Madrid.

Es giebt in Spanien ausserordentlich viel (vielleicht zu viel!) Specialjournale, nämlich:

1. „Archivos Internacionales de Laringologia, Otologia y Rinologia". Barcelona.

2. „La Oto-Rino-Laringologia Espanola". Madrid.

3. „Revista de Laringologia, Otologia y Rinologia", in Barcelona von Roquer y Casadesus gegründetes Journal.

4. „Gaceta de Ophthalmologia, Otologia y Laringologia"; seit 1885 in Madrid. Redacteur Gomez de la Mata.

5. „Annales de Otologia y Laringologia". Red. Martinez Esteban.

Endlich 6. „Boletin de Laringologia, Otologia y Rinologia". Madrid. Red. Prof. Cisneros.

Es existirten oder existiren in Spanien die folgenden Fachvereine:

1. Die im Jahre 1886 von Ariza gegründete „Sociedad Espanola di Laringologia, Otologia y Rinologia", die nur eine kurze Lebensdauer hatte.

2. Der im Jahre 1896 von Compaired in Madrid gegründete „Primero Congresso Espanol di Oto-Rino-Laringologia" unter dem Präsidium von Calleja; die zweite Versammlung tagte in Barcelona unter dem Präsidium von Roquer y Casadesus; weitere Congresse fanden nicht statt.

3. Im Jahre 1899 wurde in Madrid die Sociedad Espanola di Laringologia, Otologia y Rinologia gegründet, und

4. im Jahre 1906 „Section oto-laringologica del Academia medico quirurgica Espanola".

Ausser den oben erwähnten Handbüchern de la Sota's, sowie klinischen laryngo-rhinologischen Darstellungen von Ariza und Botey giebt es eine ganze Anzahl grösserer und kleinerer spanischer Einzeldarstellungen aus dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie, von welchen ich jedoch nur die neueste von Prof. Cisneros erwähne: „La laringectomia total en dos tempis". Madrid 1908.

XI. Die Skandinavischen Königreiche [Schweden, Norwegen und Dänemark]*).

Unter den skandinavischen Ländern hat die Laryngologie und Rhinologie die höchste Entwickelung in Dänemark erreicht. Dänemark, als das Vaterland des berühmten Otologen Wilhelm Meyer in Kopenhagen, des „Vaters der adenoiden Vegetationen", welchem, wie ich schon erwähnt habe, wegen seiner ausserordentlichen Verdienste die Oto-Rhino-Laryngologen aller Länder am Ende des vorigen Jahrhunderts — also ungefähr 30 Jahre nach der Publication seiner berühmten Arbeit (1868) — in seiner Geburtsstadt ein Monument errichtet haben. In Kopenhagen besteht seit kurzer Zeit ein officieller Lehrstuhl und eine Universitätspoliklinik der Oto-Rhino-Laryngologie (neben einer Klinik für Otiatrie) unter der Leitung von Prof. Schmiegelow.

Die Studenten müssen die Klinik obligatorisch während eines Semesters besuchen und die Vorlesungen hören; Oto-Laryngologie ist aber kein Examensfach.

Director der oto-laryngologischen Poliklinik und Klinik im Communehospital in Kopenhagen ist Prof. Holger Mygind, Verfasser des einzigen dänischen Handbuches über die Krankheiten der oberen Luftwege (1900).

Zu den hervorragendsten Laryngo-Rhino- resp. Otologen in Dänemark gehört Lange in Kopenhagen, Verfasser von Arbeiten über die adenoiden Vegetationen (1879), sowie über Erkrankungen der Nasenscheidewand (1900) in Heymann's Handb. der Laryngol. u. Rhinol., sowie Grönbeck, Jörgen Möller etc.

In Dänemark ist eine grosse Anzahl rhino-laryngologischer Einzelschriften erschienen; ich werde hier nur die wichtigsten erwähnen:

Grönbeck: Ueber Nasenrachenpolypen, insbesondere die fibrösen. Dissert. 1888.

Paulli: Ueber die Pneumacität des Schädels bei den Säugethieren. Habilitationsschr. 1899.

Jörgen Möller: Die Untersuchungen über die vergleichende Anatomie der Kehlkopfmuskulatur der Säugethiere mit besonderer Rücksicht auf den Menschen. Kopenhagen 1901.

Schousboe: Von Bakterien in der normalen Nasenhöhle und der bakterientödtenden Fähigkeit des Nasensekretes. Dissert. 1901 und viele andere, welche ich hier wegen Mangel an Raum nicht erwähnen kann.

Auf die Initiative Schmiegelow's entstand im Jahre 1899 die dänische oto-laryngologische Gesellschaft.

In Norwegen lehrt die Oto-Rhino-Laryngologie an der Universität Christiana Uchermann, der anfangs Docent war und seit dem Jahre 1896 die Professur bekleidet. Er ist seit dem Jahre 1892 auch Vorstand der oto-laryngologischen Universitätsklinik und Poliklinik.

Der Besuch eines dreimonatlichen Cursus ist zwar obligatorisch, jedoch ist die Rhino-Laryngologie kein Examensgegenstand.

---

*) Für die gefälligen diesbezüglichen Notizen sage ich an dieser Stelle den Herren Prof. Schmiegelow und Prof. Holger Mygind in Kopenhagen, sowie Prof. Uchermann in Christiania meinen herzlichen Dank.

Von anderen hervorragenden norwegischen Specialisten muss ich Bull, Daae und Heidenreich, alle in Christiania, erwähnen.

Zu den wichtigsten, in Norwegen erschienenen Arbeiten gehören:

Prof. Uchermann: Die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose (1889), sowie: Cancer laryngis und seine operative Behandlung (1890—1897), weiter: Laryngitis rheumatica circumscripta nodosa (1897); Ueber den exspiratorischen Stimmritzenkrampf (1898—1899) etc. etc.

Bull: Ueber gutartige Kehlkopfgeschwülste und ihre Behandlung (1877).

Vetlassens: Aetiologische Studien über Struma (1887) Christiania etc.

In Schweden werden von Stangenberg officielle Vorlesungen und Curse über Oto-Laryngologie an der Universität Stockholm gehalten, aber die Studien sind nicht obligatorisch.

Von anderen hervorragenden schwedischen Specialisten seien genannt: Holmgren, Lagerlöf, Hokanson etc.

In Schweden besteht seit Kurzem (1906) die „Schwedische oto-laryngologische Gesellschaft".

Von den wichtigsten in Schweden publicirten Arbeiten erwähne ich: Landström (Stockholm): „Ueber Morbus Basedowii, eine chirurgische und anatomische Studie", 1907.

In Schweden wie in Norwegen giebt es kein Specialjournal und keine laryngorhinologischen Lehrbücher.

XII. Schweiz*).

Nur in drei schweizerischen Städten, nämlich in Basel, Bern und Lausanne, giebt es oto-laryngologische Kliniken und Polikliniken, und zwar in Basel unter der Leitung des ordentlichen Professors Siebenmann, der ausser durch seine otologischen Arbeiten unter anderem bekannt ist durch seine Publicationen über das Wesen der sogenannten „Mycosis lepthotricia pharyngis", welche Krankheit er Hyperkeratosis benennt. Er gehört zu den hervorragendsten Vertretern der Oto-Rhino-Laryngologie in der Schweiz. Ausserdem lehrt in Basel als Docent für Oto-Rhino-Laryngologie Oppikofer.

An der Universität in Bern giebt es zur Zeit nur eine oto-rhino-laryngologische Poliklinik, demnächst auch eine Klinik unter Leitung Prof. Valentini's; ferner wirken dort Prof. Lüscher und Prof. Lindt.

Zu den hervorragendsten Specialisten gehören in Bern auch Docent Jonquière, sowie Schönemann.

In Lausanne leitet die oto-rhino-laryngologische Klinik und Poliklinik Prof. Mermod nach dem Tode Prof. Secretan's.

Sonderbarerweise haben Genf und Zürich weder Klinik noch Poliklinik für Oto-Rhino-Laryngologie.

In Genf dociren: Wyss, Guder, Fannin, Nägeli. In Zürich lehren Oto-Rhino-Laryngologie die Docenten: Rohrer (mehr Otologe), Suchannek (jetzt

*) Für diese Notizen sage ich Herrn Prof. Siebenmann in Basel, sowie Doc. Jonquière in Bern meinen herzlichen Dank.

in Deutschland), Verfasser vorzüglicher anatomo-pathologischer Arbeiten auf unserem Gebiete, Wild und Nager jun.

Ausserdem muss ich hier noch einige schweizerische Namen erwähnen, welche, obgleich ihre Träger nicht eigentliche Laryngologen, doch eng mit der Laryngo-Rhinologie verbunden sind, nämlich vor allem Prof. Kocher in Bern, den berühmten Chirurgen, Verfasser wichtiger Arbeiten, besonders über Kropf (Kocher's „Cachexia strumipriva"), Prof. Gaule und Stöhr, beide in Zürich, Verfasser physiologischer und bakteriologischer und anatomo-pathologischer Arbeiten aus dem Gebiete der Laryngo-Rhinologie.

Von den in der Schweiz erschienenen Monographien seien aufgeführt:

Stöhr: „Ueber Mandeln und Balgdrüsen". Virch. Arch. Bd. 97. 1884, sowie: „Die Entwickelung des adenoiden Zellgewebes, der Zungenbälge und der Mandeln des Menschen". Zürich 1891.

Wyss: „Etude clinique des complications auriculaires de l'ozène". Diss. Genève 1886.

Mégerand: Contribution à l'étude anatomo-pathologique des maladies de la voute du pharynx". Thèse Lausanne. 1887 Genève.

Suchannek: „Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie des Rachengewölbes". Habilitationsschrift. Jena 1888; sowie „Ueber Tuberculose der oberen Luftwege". Halle 1902.

Gaule: „Physiologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen". In Heymann's Handb. der Laryngol. u. Rhin. 1900 etc.

Fachzeitschriften, Lehrbücher, sowie Gesellschaften (die schweizerischen Specialisten betheiligen sich an den Sitzungen des Vereins der süddeutschen Laryngo-Rhinologen in Heidelberg) fehlen in der Schweiz gänzlich.

XIII. Japan

besitzt schon seit 1901 eine oto-laryngologische Universitätsklinik in Tokio unter der Leitung des bekannten Prof. Okada, eines Schülers B. Fränkel's, des ersten Referenten über japanische Literatur in diesem Blatte seit 1896 (gegenwärtig ist dies Ino Kubo in Fukuoka).

Im Jahre 1895 entstand auf die Initiative von Kanasugi in Tokio die japanische oto-rhino-laryngologische Gesellschaft unter dem Präsidium des Prof. Okada.

Von hervorragenderen Specialisten sind zu nennen: Kimura, Okamura, Nakamura, Nishyama etc.

In anderen Ländern, wie Portugal, Serbien, Bulgarien, Rumänien*), Griechenland, sowie Türkei und China fehlt fast jede Bethätigung auf rhino-laryngologischem Gebiet, bekannt sind nur die Arbeiten von Toakyroglous in Smyrna und von Photiades in Konstantinopel (in griechischer Sprache „Mittheilungen aus dem Gebiete der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten", Athen

*) In der letzten Zeit (1907) hat sich in Bukarest eine rumänische oto-rhino-laryngologische Gesellschaft constituirt.



(1884), schliesslich von Felix in Bukarest: „Paralysies laryngéales dans le goitre". Arch. int. de Lar.. 1907. No. 7.

Ich bin am Schluss meines historischen Ueberblicks der Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten.

Da es mir unmöglich war, in diesem kurzen Abriss etwaige Ungenauigkeiten resp. Auslassungen zu vermeiden und da ich, wie schon in der Einleitung erwähnt, mit der ausführlichen Bearbeitung dieser Frage gegenwärtig beschäftigt bin, so würde ich sehr dankbar sein, wenn die verehrten Leser dieses Blattes gefällige Ergänzungen direct an mich (Warschau — Russisch-Polen — 10 Erywanska) gütigst schicken wollten, wofür ich ihnen im Voraus meinen verbindlichsten Dank an dieser Stelle ausspreche.

III. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Brindel. Ueber die Zweckmässigkeit der Bildung eines Aufsichtsdienstes für Schulen vom oto-rhino-laryngologischen Standpunkte und über die Organisation eines solchen. (De l'opportunité de la création d'un service d'inspection des écoles au point de vue ote-rhino-laryngologique et sur son organisation.)** *Bericht an das Bürgermeisteramt von Bordeaux. Im Journal de méd. de Bordeaux. 11. August 1907.*

Verf. plaidirt zu Gunsten von oto-rhino-laryngologischen Schularztstellen; er giebt eine Geschichte dieser Frage und berichtet über die bereits in Frankreich erzielten Resultate.

AUTOREFERAT.

2) **Torrents** (Barcelona). **Hygienische Fürsorge für das Neugeborene vom oto-rhinologischen Standpunkt. (Cuidados higienicos del recién nacido desde el'punto de vista oto-rinologico.)** *Revista barcelonesa de oto-rino-laringologia No. 2.*

Enthält nichts Neues.

TAPIA.

3) **Erbstein. Anatomie, Physiologie und Hygiene der Athmungs- und Stimmorgane. (Anatomia, fisiologija i gigiena sichatelnich i golosowich organow.)** *Petersburg 1908.*

Populär-medicinische Abhandlung für Sänger und Redner. Da in russischer Sprache bisher Specialwerke auf dem genannten Gebiete fast gänzlich fehlen, so ist die Arbeit schon deshalb als ein Fortschritt zu betrachten. Wenn auch dem Autor kein besonders fernes Ziel vorgeschwebt hat, wenn er sich auch nicht getraut, irgend welche Streitfragen in diesem oder anderem Sinne zu lösen, so ist schon der gute Wille, den Gegenstand dem grösseren Publicum mundgerecht zu machen, anzuerkennen.

Als zweckentsprechend muss das Unternehmen auch noch in einem anderen Sinne betrachtet werden. In der letzten Zeit erschienen in russischer Sprache

populäre medicinische Broschüren, welche den Gesang und die Hygiene des Singens zum Gegenstande hatten, fast ausschliesslich aus der Feder der sogen. „Gesangsprofessoren". Es braucht kaum hervorgehoben zu werden, dass auf diesem Wege das Publicum vielfach recht schlecht wegkam.

Leider hat der Autor zu vieles in sein Gebiet hineinziehen wollen und dadurch ist ihm dasselbe passirt, was das französische Sprichwort so treffend wiedergiebt: „qui trop embrasse etc." Man kann sich des Eindruckes nicht erwehren, dass das Fahrwasser sogar für ein populär-medicinisches Werk zu seicht gewählt ist. Ausserdem berührt es sehr eigenthümlich, dass der Autor nicht die wenigen heimathlichen Vorarbeiten zu kennen scheint. Wenigstens wird keine von ihnen namhaft gemacht, während ausländische Namen häufig angetroffen werden, oder sollte das Verschweigen etwas anderes bedeuten?

P. HELLAT.

4) **Helman. Beitrag zur Therapie der Tuberculose des oberen Respirationstractus mittelst Jod- und Quecksilberpräparaten. (Przyczynek do leczenia jodem i rtecia gruzlicy nosa, gardzioli i krtani.)** *Czasapismo Lekarskie. No. 1. 1908.*

Angeregt durch den Aufsatz von Dr. Grünberg hat Verf. bei einer 33jährigen Patientin, die seit 5 Monaten an Schluckbeschwerden litt und bei der er ein Geschwür von $2^1/_2$ cm Breite auf der hinteren Rachenwand entdeckte, das auf ihn den Eindruck eines tuberculösen Geschwüres machte, zuerst die Jod- und dann Quecksilbertherapie angewandt, wobei das Geschwür gänzlich vernarbte. Dieser Fall ist jedoch, was Verf. selbst zugiebt, was die Tuberculose betrifft, nicht gänzlich bewiesen, denn es fehlten ausgesprochene Lungenerscheinungen und Bacillen im Auswurf, jedoch schien ihm der Fall mehr tuberculösen als luetischen Ursprungs zu sein, und er räth in derartigen zweifelhaften Fällen die oben erwähnte Therapie anzuwenden.

A. v. SOKOLOWSKI.

5) **W. Freudenthal** (New-York). **Ueber die klimatische Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 517.*

Verf. giebt eine kurze Uebersicht über die Indicationen und Erfolge der Aerotherapie, Heliotherapie, Altotherapie und Thalassotherapie.

F. KLEMPERER.

6) **Sendziak. Störungen in dem oberen Respirationstractus bei der Hysterie. (Zaburzenia hysteryczne w górnym odcinku dróg oddeckowych.)** *Nowiny Lekarskie. No. 2. 1908.*

In einem ausführlichen Referate, das Verf. auf dem Lemberger Naturforscher-Congress vorgetragen hat, hat er genaue Daten zusammengestellt, die diese Frage betreffen. Sämmtliche Störungen theilt er in drei Kategorien: sensible, sinnliche, motorische. Zu der ersten Kategorie zählt er: a) Anästhesie, b) Hyperästhesie und c) Parästhesie. Die Anästhesie der Schleimhaut des oberen Respirationstractus kommt seltener vor als die Hyperästhesie und tritt meistens bilateral auf, wird öfters mit der sog. Anaesthesia dolorosa combinirt. Am seltensten kommt die Anästhesie an der Schleimhaut des Nasenrachenraumes in toto vor oder insel-

artig z. B. auf dem Septum, viel öfter wird sie beobachtet an der Schleimhaut des Mundes, des Rachens und des Oesophagus. Die Mittelstelle nimmt sie am Kehlkopf und an der Trachea ein. Die Hyperästhesie ist meistens mit der Hyperalgesie combinirt. Zu der ersten Kategorie wird die sog. Rhinalgia, Pharyngalgesia und Laryngalgia hysterica gerechnet, die ohne irgendwie bemerkenswerthe Veränderungen dieser Organe auftreten; endlich localisirt sich der Schmerz auf dem äusseren Nasengerüst. Die Rhinalgie combinirt sich manchmal mit der Anosmie. Die Laryngalgie tritt am meisten bei den Sängern ein in Form von Druck-, Zusammenschnürungserscheinungen oder Empfindung eines Fremdkörpers in der Kehle. Dazu werden ferner gerechnet die sog. Phthiseo-, Syphilo-, Cancerophobie u. v. a. Was die Störungen iu der Sinnessphäre anbelangt, so gehören hierher: Hyperosmie, Anosmie, Hyposmie und Parosmie. Was drittens die Störungen in der motorischen Sphäre anbelangt, so gehören hierher die verschiedenen Coordinationen und spastische Erscheinungen in einzelnen oder zusammenhängenden Gruppen des Kehlkopfs und Rachens: in erster Linie die sog. reflectorischen Neuralgien hysterischen Ursprungs in der Nase, Nasenrachenraume und Kehlkopfe, die hervorgerufen werden durch den Druck, dagegen beseitigt durch Cocainisirung der entsprechenden Stellen. Die hysterischen Reflexneurosen treten als angioneurotische oder secretorische auf. Hierzu gehören transitorische Nasenröthe, Nasenödem, Nasenbluten, Schwindel nasalen Ursprungs, Ictus etc.

A. v. SOKOLOWSKI.

7) **Swershenski. Anwendung der neuen anästhesirenden Mittel — Alypin und Novocain — in Rhino-Laryngologie. (Pinsenenie nowich anestesirny sredstw — alipina i nowokaina — w rinolaringologia.)** *Sonderadruck aus Med. Obosr. 1907.*

Autor hat Alypin in einer erheblichen Anzahl von Operationen angewandt und ist mit ihm zufrieden, besonders wegen der geringeren Giftigkeit gegenüber Cocain und der nicht contractilen Eigenschaft. Auch der Geschmack ist weniger unangenehm. Novocain kann S. als anästhesirend besonders bei Einspritzungen weniger empfehlen, dagegen aber ist es bei Pulverisation und Spülung von guter Wirkung.

P. HELLAT.

8) **W. J. Mc. Cardie. Status lymphaticus in Beziehung zur allgemeinen Narkose. (Status lymphaticus in relation to general anesthesia.)** (Vortrag, gehalten vor der Society of Anesthetists, 6. December 1907.) *British Medical Journal. 28. Januar 1908.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Literatur und erinnert an die Resultate der postmortalen Untersuchungen von Paltauf. Es fand sich Vergrösserung der Tonsillen, der Lymphdrüsen, der Follikel an der Zungenbasis, der Milz und eine Hyperplasie der Thymusdrüse, deren Grösse bei den verschiedenen Individuen variirte; in den meisten Fällen bestand auch eine Verengerung der Aorta. Die Individuen mit Status lymphaticus sind ungewöhnlich empfänglich für infectiöse Erkrankungen, sterben leicht infolge Shock und sind besonders in der Narkose gefährdet. Verhältnissmässig leichte Affectionen können bei ihnen fatal werden.

Die meisten Todesfälle in Narkose betreffen Individuen mit Status lymphaticus. Es werden zahlreiche Fälle nebst Obductionsergebniss berichtet. Bei Kindern mit vergrösserter Thymusdrüse ist häufig Stridor mit erschwerter Respiration, wahrscheinlich infolge von Bronchial- und Trachealstenose, die durch die vergrösserte Thymus- und Bronchialdrüse verursacht sind. Es kann dies durch die Radioskopie demonstrirt werden.

Symptome des Status lymphaticus sind: dünne, blasse Haut, pastöses Aussehen, reichliches Fettpolster, Zeichen von Rachitis oder Scrophulose, Schwellung der oberflächlichen Drüsen, besonders im Nacken und Achselhöhle, vergrösserte Mandeln, adenoide Wucherungen und palpable Milz. Ausserdem lässt sich oft Vergrösserung der Schilddrüse beobachten, die, wie man sagt, in mehr als 50 pCt. der Fälle besteht. Adenoide Wucherungen und Tonsillarhyperplasie sind fast stets vorhanden nebst Vergrösserung der lymphatischen Follikel des Pharynx und Larynx. Es besteht im Allgemeinen Lymphocytose. Die vergrösserte Spitze der Thymusdrüse kann öfters gesehen oder gefühlt werden. Die Milz ist vergrössert und kann leicht palpirt werden. Oft ist das Symptomenbild des Morbus Basedow vorhanden. Viele Patienten leiden an Epilepsie. Der Tod in der Narkose ist stets ein plötzlicher. Der rechte Ventrikel ist dilatirt und schlaff. Es besteht eine eigenthümliche Neigung zu Oedem. Es soll, wenn möglich, Aether und nicht Chloroform gegeben werden, und zwar mittels der offenen Methode, um eine Congestion der Thymusdrüse zu vermeiden. Wenn Chloroform gegeben wird, so soll eine halbe Stunde vorher Strychnin und Atropin injicirt werden.

Fälle von vergrösserter Thymusdrüse sind erfolgreich mittels Thymectomie oder Röntgenbestrahlung behandelt worden. In Fällen von Status lymphaticus sollte der allgemeine Gesundheitsstand vor der Operation geprüft, adenoide Vegetationen und vergrösserte Tonsillen entfernt und eine Woche lang vorher Herztonica gegeben werden. Während der Narkose soll Patient mit hintenüber geneigtem Kopf liegen. Tritt Herzstillstand während der Narkose ein, so soll die manuelle Herzcompression angewandt werden.

ADOLPH BRONNER.

9) **Camus** und **Nicloux**. **Aethylchlorid im Blut während der Narkose. (Le chlorure d'éthyle dans le sang en cours de l'anésthésie.)** *Académie des sciences. 8. Januar 1908.*

Der Gehalt des Blutes an Aethylchlorid kann ohne jede Gefahr eine beträchtliche Höhe erreichen. Die Elimination geschieht sehr schnell. Im Fall der Intoxication ist die künstliche Athmung von grosser Wirksamkeit.

GONTIER de la ROCHE

10) **Freund** (Reichenberg). **Cocain als Mittel gegen das Erbrechen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1907.*

Versuche an 112 Fällen. Injectionen einer Dosis (0,025 g) von Cocain vermindern die Häufigkeit des Erbrechens nach der Narkose. Sie bewirken Euphorie der aus der Narkose erwachenden Patienten, steigern den Blutdruck, können jedoch den Eintritt des Späterbrechens nicht hindern. Anregung zu weiteren diesbezüglichen Versuchen.

CHIARI.

11) **J. Weleminsky** (Wien.) **Therapeutische Mittheilungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 547.*

Verf. bespricht kurz 1. die Tamponade der Nase mittelst Paraffingaze; 2. Drainage von Peritonsillarabscessen; 3. Paraffininjection bei Ozaena; 4. Drainage der Kieferhöhle; 5. submucöse Kaustik der unteren Muschel; 6. Skarification der mittleren Muschel.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Van den Wildenberg. Beitrag zur Anatomie der Gesichtssinus. (Contribution à l'anatomie des sinus de la face.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 3. 1906.*

Vergl. Bericht über die Versammlung der Belgischen oto-rhino-laryngol. Gesellschaft vom 10. December, in welchem darüber referirt ist.

PARMENTIER.

13) **J. F. Fischer** und **P. Tetens Hald** (Kopenhagen). **Ueber die Bedeutung der Röntgenuntersuchungen für die Diagnose und die operative Behandlung von Leiden der Nebenhöhlen der Nase. (Om Betydningen af Röntgenundersögelser for Diagnosen og den operative Behandling af Lidelser i Næsens Behuler.)** *Ugeskrift for Laeger. November 1907.*

Die Erfahrungen der Verff. beruhen auf Röntgenuntersuchungen von circa 20 Patienten und auf den besonders von Goldmann und Killian veröffentlichten Untersuchungen. Diese zeigen, dass man durch die Untersuchungen im Stande ist, die normale Configuration der Nebenhöhlen, aber auch die Grenzen der afficirten Nebenhöhlen, insbesondere der Stirnhöhlen zu bestimmen. In der Regel bekommt man Kenntniss von allen Nebenhöhlenaffectionen, die von bedeutenden Veränderungen der Schleimhaut oder von Eiteransammlung in den Cavitäten begleitet sind.

Am leichtesten ist die Erkennung von einseitigen Krankheiten und unter diesen insbesondere von denen der Stirnhöhle und der frontalen ethmoidalen Zellen.

Oft wird ein vergleichendes Studium von einem En face- und einem Profil-Bild zu einer richtigen Beurtheilung führen.

E. SCHMIEGELOW.

14) **Onodi. Verhältniss der Nebenhöhlen der Nase zum Gehirn.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1907.*

Die Lage der Stirnhöhle entspricht meistens nur dem Gyrus frontalis superior. In mehreren Fällen berührte die Stirnhöhle auch das Gebiet des anderseitigen Hirnlappens. Die Siebbeinzellen liegen meist der Unterfläche des Stirnlappens an; die hintere Siebbeinzelle auch manchmal dem Schläfenlappen. Die Keilbeinhöhle entspricht meistens dem Tuber cinereum und dem Schläfenlappen, kann auch den anderseitigen Schläfenlappen berühren. Giebt genaue Zahlenangaben über die Entfernung des vordersten Theiles der Seitenkammer des Hirnes vom Polus frontalis, von der Vorder- und Hinterwand des Sinus frontalis, über die Entfernung der Insula Reili, des Gyrus centralis anterior vom Polus frontalis.

v. NAVRATIL.



15) **F. E. Brawley. Nasennebenhöhlen und Augenkrankheiten. (The nasal accessory sinus and eye diseases.)** *Journal American Medical Association. 23. März 1907.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf einen Zustand, den er für unbekannt hält, den man selten auf die Nase und fast stets auf die Augen bezieht, ein Irrthum, der noch dadurch bekräftigt wird, dass durch Augengläser zeitweilige Besserung erzielt wird. Die Störung lässt sich meist auf eine Influenza oder Erkältung zurückdatiren. Sie besteht in Kopfschmerzen, die anfangs oft einseitig sind, bisweilen zu bestimmten Stunden auftreten und während deren der Gebrauch der Augen fast unmöglich ist: Insufficienz der Accommodation und Convergenz ist gewöhnlich und das Sehen in die Ferne ist herabgesetzt. Oft besteht einseitiges Thränenlaufen mit localen Schmerzen und Schwellung um die Augen. Die Anamnese ergiebt gewöhnlich keine Symptome seitens der Nase. Man findet eine Schwellung der Muschel oder diese der lateralen Nasenwand so dicht anliegend, dass auf den Hiatus semilunaris ein Druck ausgeübt und die normale Luftcirculation und der Abfluss des Secrets aus dem Siebbein und der Stirnhöhle behindert wird. Bewirkt eine locale Application von Adrenalin und Cocain ein Aufhören des Anfalls, so ist die Resection des hypertrophirten vorderen Mittelendes indicirt. Besonders betont wird in dem Aufsatz das Fehlen aller bestimmten Nasensymptome und das anscheinend normale Aussehen der Nase. LEFFERTS.

16) **Gerber** (Königsberg). **Principien der Kieferhöhlenbehandlung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17.*

Verf., welcher die primäre Schleimhautnaht in der Fossa canina nach vorheriger Ausräumung der Höhle und Anlegung einer nasalen Gegenöffnung lange vor Erscheinen der Luc-Caldwell'schen Arbeiten gemacht hat, stellt folgende Principien für die Behandlung der Kieferhöhlenempyeme auf:

1. „Das erste Princip ist, die erkrankte Kieferhöhle möglichst stets von dort aus zu behandeln, wo ihre natürliche Communication mit der Nasenhöhle ist, und jedenfalls die Anlegung neuer dauernder Verbindungen mit der Mund-Rachenhöhle zu vermeiden.

2. Frische und leichte Fälle werden anfangs nur vom mittleren Nasengange mit spitzer Canüle gespült (Hartmann, Störck, Bayer u. a.).

3. Bei länger dauernden Eiterungen, zu dickem Secrete, starkem Fötor u. a. wird die Oeffnung im mittleren Nasengange zunächst erweitert (Onodi, „supraturbinale Resection“ — Siebenmann), eventuell nach dem unteren Nasengange zu (Rethi).

4. Chronische und schwere Fälle werden einer breiten Eröffnung von der Fossa canina aus unterzogen. Diese Oeffnung wird aber nach Inspection und Ausräumung der Höhle und Anlegung einer breiten Gegenöffnung im mittleren Nasengange wieder sorgfältig geschlossen und die Nachbehandlung vom mittleren Nasengange aus, wie oben, geleitet (Gerber).

5. Ausgenommen hiervon und einer oralen Behandlung (Cowper oder Desault-Küster mit Lappenbildung nach Partsch und Gerber) aufgespart bleiben nur a) diejenigen Fälle, bei denen eine hochgradige Nasenstenose die nasale

Behandlung absolut unmöglich macht und b) diejenigen Patienten, die weder in ärztlicher Behandlung bleiben, noch die Selbstbehandlung vom mittleren Nasengang aus erlernen können."

F. KLEMPERER.

17) **Charles Graef. Die Highmorshöhle und ihre Infectionen. (The antrum of Highmore and its infections.)** *N. Y. Medical Journal. 24. November 1906.*

Ein ausführlicher, aber nichts Neues enthaltender Artikel. Es werden die allgemeinen und localen Ursachen einer Infection der Highmorshöhle und die Diagnose einer solchen besprochen.

LEFFERTS.

18) **Trétrop** (Antwerpen). **Sinusitiden und Osteomyelitiden des Oberkiefers.** *La oto-laryngol. Belge. No. 8. p. 345. 1906.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen oto-rhinologol. Gesellschaft vom 10. Juni 1906.

PARMENTIER.

19) **John H. Foster. Empyem der Highmorshöhle bei kleinen Kindern. (Empyema of the maxillary antrum in young infants.)** *Texas State Journal of Medicine. December 1906.*

Das Kind war $3^1/_2$ Wochen alt und starb 4 Wochen, nachdem Verf. es gesehen hatte. Es handelte sich um ein doppelseitiges Antrumempyem. Die aus den Alveolaröffnungen hervortretende Flüssigkeit war eitrig, man gelangte durch die Oeffnung nach oben und einwärts in das Antrum und die Spülflüssigkeit floss durch die Nase ab.

EMIL MAYER.

20) **Mermod. Einige Betrachtungen, betreffend das chronische Oberkieferempyem und seine Radicalbehandlung. (Quelques réflexions au suject de la sinusite maxillaire chronique et de sa cure radicale.)** *Annales des maladies de l'oreille. Januar 1907.*

Wenn Ausspülungen vom unteren Nasengang nichts helfen, dann operirt Verf. nach Caldwell-Luc unter Cocainanästhesie; ebenso hat er auch bei combinirtem Stirn-Oberkieferhöhlenempyem operirt, ohne dass Patienten über Schmerzen klagten.

BRINDEL.

21) **Lazarraga** (Malaga). **Zwei Fälle von schwerem Oberkieferempyem. Killian'sche Operation. Heilung. (Dos casos de sinusitis frontal grave. Operacien de Killian. Curacion.)** *Boletin de laringologia. No. 40.*

Verf. empfiehlt das Killian'sche Verfahren als das radicalste und zweckmässigste.

TAPIA.

22) **Buys. Käsige Maxillarsinusitis. (Sinusite maxillaire caséeuse.)** *La Clinique. No. 14. 1907.*

Im Cercle Médical von Brüssel stellt B. eine Kranke vor, welche seit mehreren Jahren nach zweimaligen Ausspülungen vom Nasengang aus geheilt wurde. Das in den Sinus eingeführte Salpingoskop bringt eine perfecte Translumination der betreffenden Gesichtsseite hervor.

BAYER.

23) **Onodi. Instrumente zur endonasalen Eröffnung der Highmorshöhle und der Siebbeinzellen.** *Orvosi Hetilap. No. 39. 1907.*

Das erste Instrument ist eine Combination des Troikart mit der Knochenzange, das zweite eine spitze, am Ende etwas gekrümmte schneidende Zange.

v. NAVRATIL.

24) **G. Frey** (Erlangen). **Beitrag zur Behandlung des chronischen Kieferhöhlenempyems.** *Münch. med. Wochenschr. No. 45. 1907.*

Frey berichtet über 21 einschlägige nach Denker'scher Methode in der Erlanger Klinik radical operirte Fälle, schildert deren Resultate und weist durch sie nach, dass die durch Resection des vorderen Theiles der unteren Muschel von mancher Seite befürchteten Nachwirkungen (Borkenbildung, Neigung zu Katarrhen) nicht auftreten. Ebenso weist er auch die gegen den vollkommenen primären Nahtverschluss der oralen Wunde geäusserten Bedenken als belanglos zurück.

HECHT.

25) **E. Weil** (Stuttgart). **Zur Casuistik der käsigen Ansammlungen in der Kieferhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 8. 1907.*

Bericht über fünf einschlägige Fälle.

HECHT.

26) **Gyergyai. Fall von Sinusitis maxillaris cum dilatatione.** *Orvosi Hetilap. No. 31. 1907.*

Bei dem 8jährigen Kinde war nebst Empyem der Sinus maxillaris kindsfaustgross dilatirt. Das Kind wurde von G. operirt.

v. NAVRATIL.

27) **Scherer** (Bromberg). **Vollständiger Salzsäuremangel, geheilt durch regelmässige Behandlung einer Kieferhöhleneiterung.** *Med. Klinik. No. 44. 1907.*

Bei einem 18jährigen Dienstmädchen mit chronischer Kieferhöhleneiterung fehlte Salzsäure im Mageninhalt vollständig, kehrte aber wieder, nachdem regelmässige Ausspülungen der erkrankten Kieferhöhle vorgenommen worden waren. Wahrscheinlich reizte das im Schlafe verschluckte Nasensecret die Magenschleimhaut derart, dass sie zur Erzeugung normalen Magensaftes nicht fähig war, dass ihre Drüsen krankhaft verändert wurden.

SEIFERT.

28) **J. Peyson Clark. Ein Fall von chronischem Empyem durch intranasale Behandlung geheilt. (A case of chronic sinusitis cured by intranasal treatment.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Fall von Erkrankung der Highmorshöhle, Stirnhöhle und des Siebbeins. Da der Allgemeinzustand des Patienten eine Radicaloperation, die sonst durchaus indicirt war, verbot, so wurde die intranasale Behandlung consequent durchgeführt und führte schliesslich zur Heilung.

EMIL MAYER.

29) **J. H. Abraham. Die Indicationen und Vortheile der intranasalen gegenüber der radicalen Operation bei Behandlung des chronischen Highmorshöhlenempyems und die dabei anzuwendende Technik. (The indications and advantages of the intra-nasal over the radical operation in the treatment of chronic empyema of the antrum of Highmore and the technique to be employed.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Nach Punction des Antrum wird das vordere Ende der unteren Muschel ent-

fernt und dann das Antrum mit dem Bohrer angebohrt. Verf. hat damit gute Resultate erzielt.

EMIL MAYER.

30) **F. Bätke. Ueber die Operation des Empyema sinus frontalis nach Killian.** *Dissertation. Rostock 1905.*

In der unter der Leitung von Körner erschienenen Dissertation wird die Killian'sche Stirnhöhlenoperation empfohlen an der Hand von 5 Operationen bei 3 Patienten. Körner weicht nur insofern von Killian ab, als er keine prophylaktische Atropineinträufelung vornimmt und die Augenbraue wegrasirt.

OPPIKOFER.

31) **W. A. Chisholm. Skiagraphie in der Diagnose des Stirnhöhlenempyems. (Skiagraphy in the diagnosis of frontal sinusitis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Aus seinen Untersuchungen schliesst Verf., dass das charakteristische Aussehen einer erkrankten Höhle auf den flüssigen Inhalt derselben zu beziehen ist, ob dieser nun frei in der Höhle sich befindet oder in verdickter, ödematöser Schleimhaut enthalten sein möge. Verf. betont die Bedeutung guter Röntgenaufnahmen für die Diagnose der Nebenhöhlenaffectionen; er weist auch darauf hin, dass für die Beurtheilung der Bilder eine grosse Uebung nöthig ist.

EMIL MAYER.

32) **V. Delsaux. Pseudofrontalsinusitis; subperiostaler Abscess der Stirn complicirt durch Thrombophlebitis des Sinus longitudinalis anterior, die sich auf den Sinus lateralis und die Vena jugularis ausbreitet; Meningitis; Tod; Autopsie. (Pseudofrontal sinusitis; subperiosteal abscess of the forehead complicated by thrombo-phlebitis of the superior longitudinal sinus extending to the lateral sinus and jugular vein on the opposite side; meningitis; death; necropsy.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Der Titel enthält den Inhalt.

EMIL MAYER.

33) **Claoué. Chronisches Stirnhöhlenempyem. (Sinusite frontale chronique.)** *Gaz. hebd. des sciences médicales. No. 7. 1907.*

Es handelte sich um ein chronisches Stirnhöhlen-Siebbein-Oberkieferempyem. In 4 Fällen hat Verf. mit Erfolg die Ausräumung des Siebbeins auf dem nasojugalen Wege gemacht.

BRINDEL.

34) **P. Mosher. Chronische Stirnhöhleneiterung. (Chronic suppuration of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Verf. spricht zuerst von der Bedeutung der Röntgendurchstrahlung und erinnert daran, dass bei acutem Empyem die infiltrirte Schleimhaut einen Schatten geben kann. Ohne dass auch die Anamnese darauf hinweist, beweist ein Schatten auf der Platte allein noch kein chronisches Empyem. Auch wenn ein chronisches Empyem vorhanden ist, kann, wenn sich der Eiter in die Nase oder in die Orbita entleert hat, der Schatten fehlen. Das erklärt, warum in Fällen von ausgesprochener Dislocation des Bulbus oder Ethmoidtumors der Befund der Platte negativ ist. Verf. fand, dass nach Ausspülung des Antrum und darauffolgender Anwendung

des Saugapparats das Antrum auf der Platte ein normales Aussehen gewann; denselben Effect dürfte die Anwendung des Saugapparats bei der Stirnhöhle haben. Sie ist zur Diagnose des Stirnhöhlenempyems, um den Eiter in der Nase erscheinen zu lassen, sehr werthvoll; was ihre therapeutische Verwerthbarkeit betrifft, so müssen weitere Untersuchungen darüber Aufschluss geben.

Bei Besprechung der intranasalen Methoden zur Behandlung der Stirnhöhle erwähnt Verf. auch die Eröffnung der Höhle mittels eines Trepans und sagt, dass diese Methode an der Leiche wundervolle Präparate gebe, dass er aber fürchte, durch ihre Anwendung den einen oder anderen seiner Patienten zur Leiche zu machen. Auch werde bei dieser Methode die Erkrankung der Schleimhaut und das Vorhandensein vieler Buchten und Taschen in der Höhle nicht berücksichtigt. Verf. empfiehlt als die sicherste und radicalste Methode das modificirte Killian-sche Verfahren; es stelle diejenige Operation in der Fronto-Ethmoidalregion dar, bei der das Arbeiten im Dunkeln auf das denkbarste Minimum reducirt sei.

EMIL MAYER.

35) **Sinusitis frontalis acuta. Hypopyon bilaterale. Otorrhoea sinistra acuta. Meningitis purul. Nephritis.** *Aus dem Rapport des Königl. Serafinenlazareths. No. 627. I. Abtheil. Stockholm 1906.*

51 jähriger Mann. Seit 3 Wochen besuchte er die Ohrenpoliklinik wegen acuter Eiterbildung im Sinus frontalis und linken Mittelohre. Am 7. August Hypopyon bilaterale, Aufnahme in die Klinik. Puls 100, Temp. 40°. Viel Eiweiss mit Cylindern im Harn; Patient nicht verwirrt, aber träge; Hypopyon. Keratitis. Irit. beiderseits, Eiterfluss aus linkem Mittelohr. Schmerz über beiden Sinus frontales. Des schlechten Zustandes wegen keine Operation. Tod nach 5 Tagen. Die Section bestätigte die klinische Diagnose.

E. STANGENBERG.

36) **Empyema sin. frontal. bilat. chron. Meningitis cerebrospinalis purulenta.** *Aus dem Rapport des König'. Serafinenlazareths. No. 287. I. Abtheil. Stockholm 1906.*

26 jähriger Mann. Seit 5 Jahren Symptom von Naseneiterung. Am 14. April nach der Operation (Killian) Schüttelfrost. Lumbalpunction zeigte trübe Cerebrospinalflüssigkeit. Tod am 18. April. Section: Lamina cribrosa rechts in grosser Ausdehnung defect (in Folge der Operation); Sinus sphenoidalis enthielt Eiter; diffuse Basilarmeningitis.

E. STANGENBERG.

37) **Gallemaerts. Ein Fall von doppelter Frontalsinusitis. (Un cas de sinusite frontale double.)** *La Clinique. No. 44. 1907.*

Auf dem XI. Flämischen Congress für natur- und medicinische Wissenschaften am 21. bis 23. September 1907 berichtet G. über eine Kranke mit enormem Oedem des rechten oberen Augenlides und rechten Stirn mit Verdrängung des intact gebliebenen Augapfels nach unten; vor 3 Monaten hatte sich ein eitriger Ausfluss aus der rechten Nasenseite eingestellt. Operation nach Kuhnt mit Bogenschnitt; da beide Sinus front. mit einander communiciren, werden beide vordere Sinuswände entfernt, die Höhle curettirt, die Wände aneinandergelegt und ein Drain an den inneren Winkeln angelegt; rasche Heilung mit ausgezeichnetem

kosmetischen Resultat. G. fragt, ob man nicht gut daran thäte, bei einseitigen Frontalsinusiten auch den Sinus der anderen Seite zu beseitigen, um so Difformitäten zu vermeiden, was Burger bestreitet, indem er der Ansicht ist, dass in den Fällen, in welchen die Kuhnt'sche Operation sich als nicht ausreichend erweist, man oft zu ausgedehnteren Interventionen, wie die von Killian, seine Zuflucht nehmen müsse.

BAYER.

38) **Jacques** (Nancy). **Behandlung des chronischen Stirnhöhlenempyems. (Traitement de la sinusite frontale chronique.)** *Tribune médicale. 7. September 1907.*

Trepanation der Höhle unter dem Augenbrauenkopf, Resection des Bodens und Ausräumung des ganzen vorderen und bisweilen des hinteren Siebbeinlabyrinths; endermische Naht des Hautschnittes.

GONTIER de la ROCHE.

39) **Vernieuwe. Zwei Fälle von geschlossener Ethmoidalsinusitis. (Deux cas de sinusites éthmoidales closes.)** *La Belgique Méd. No. 19. 1907.*

Am 2. April 1907 berichtet V. in der medicinischen Gesellschaft von Gent über zwei Fälle von geschlossener Ethmoidalsinusitis, indem er die Aufmersamkeit auf die Schwierigkeit lenkt, welche diese Affection für die Diagnose darbietet, deshalb, weil sie keinen eitrigen Ausfluss aus der Nase bewirkt. Er explicirt die verschiedenen Formen von geschlossener Ethmoiditis, die vorkommen, die vorgeschlagenen Behandlungen und betont hauptsächlich die Wichtigkeit der endonasalen Chirurgie in diesen Fällen, an die Worte des Augenarztes Knapp erinnernd: die chirurgische endonasale Behandlung ist es, mit der man die Behandlung jeder geschlossenen Ethmoiditis beginnen sollte.

BAYER.

40) **Botella. Oberkieferempyem im Anschluss an eine Ethmeiditis; Operation nach Claoué; Heilung. (Sinusite maxillaire consécutive à une ethmoidite; opération par le procédé de Claoué; guérison.)** *Arch. Intern. de Laryngol. No. III. 1907.*

Verf. machte die Claoué'sche Operation, ohne vorher irgend ein anderes Mittel, speciell die Ausspülung vom unteren Nasengang aus, versucht zu haben, so dass man nicht sagen kann, ob das Empyem nicht ohne so grossen Eingriff geheilt wäre.

BRINDEL.

41) **E. Ulbrich. Ueber Keilbeineiterung.** *Dissertation. 1906.*

Fünf Fälle von chronischer Keilbeinhöhleneiterung, endonasal behandelt.

OPPIKOFER.

42) **Kauder** (Karlsruhe). **Meningitis beim Keilbeinhöhlenempyem mit Ausgang in Heilung.** *Med. Klinik. No. 29. 1907.*

Bei einem 20jährigen Mädchen war von einem Empyem der linken Keilbeinhöhle ausgehend eine eitrige Meningitis entstanden (direct nachgewiesen durch das positive Ergebniss der Lumbalpunction). Mit der Beseitigung des Empyems der Keilbeinhöhle verschwanden sämmtliche Erscheinungen der Meningitis. Die Infection der Meningen war vermuthlich auf hämatogenem Wege erfolgt.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

43) **H. Fuchs. Untersuchungen über Ontogenie und Phylogenie der Gaumenbildungen bei den Wirbelthieren. Erste Mittheilung: Ueber den Gaumen der Schildkröten und seine Entwickelungsgeschichte.** *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol. Bd. X. H. 3. S. 409. 1907.*

Vom Vomer entsteht zuerst die hoch über der Munddecke gelegene Dorsalplatte. Von ihrem vorderen Abschnitte wächst ein absteigender Fortsatz abwärts bis ins Niveau des secundären Gaumens. Vom unteren Ende des Fortsatzes wächst die Gaumenplatte des Vomers aus. Von den Maxillaria entsteht zuerst ein Körper, von dem ein aufsteigender Fortsatz auf der Aussenseite der Nasenkapsel emporwächst und der Proc. palatinus sich medialwärts gegen das Vomerpolster hin erstreckt. Von den Palatina entsteht zuerst der die Seitenwand der Fossa nasopharyngea des knöchernen Munddaches bildende Theil, von dessen unterem Ende dann der medialwärts gerichtete Proc. palatinus hervorwächst. Von dem Körper der Praemaxillaria wächst ebenfalls ein Proc. palatinus aus. Der secundäre knöcherne Gaumen kommt zu Stande durch Verbindung der Proc. palatini der Gaumenfortsätze der genannten Knochen mit der Gaumenplatte des Vomer. Er liegt über der Ebene der primären Munddecke, und zwar grösstentheils intraseptal.

J. KATZENSTEIN.

44) **Gellé** (Paris). **Die beiden Phonationswege und die Rolle, die das Gaumensegel dabei spielt. (Les deux voies de la phonation et le jeu du voile du palais.)** *Société de Biologie. 26. October 1907.*

Verf. studirt die Circulation der Luft während der Phonation mittels eines Manometers.

Das Gaumensegel verschliesst die Oeffnung des Nasenrachens nur selten beim Aussprechen reiner Vocale, die bei weit geöffnetem Munde gesprochen werden. Sobald der Mund sich verengt, entweicht die Luft zum Theil auf dem nasalen Wege.

GONTIER de la ROCHE.

45) **Sébileau** (Paris). **Mechanische Verengerung der Gaumenspalten vor der Uranoplastik. (Retrécissement mécanique des fentes palatines avant l'uranoplastie.)** *Société de chirurgie. 31. März 1908.*

Es wird durch Caoutchoucbänder, deren Spannung allmählich gesteigert wird, eine Annäherung der beiden Gaumenhälften angestrebt; Verf. empfiehlt dies als Vorbehandlung der Uranoplastik besonders in extremen Fällen.

GONTIER de la ROCHE.

46) **A. Martin** (Barcelona). **Perforirende nicht syphilitische Geschwüre des Gaumensegels. (Ulceras perforantes no sifiliticas del velo palatio.)** *Revista barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. I. 1907.*

Es giebt nicht-specifische Perforationen des Gaumensegels, die unter Hg-Behandlung sich verschlechtern und unter Localbehandlung schnell heilen. Verf. erklärt sie durch eine Trophoneurose, die ähnlich wie bei den perforirenden Ge-

schwüren der Nasenscheidewand wirkt. Er berichtet über einige Fälle, die dies illustriren sollen.

TAPIA.

47) **Santaló** (Algeciras). **Perforation des knöchernen Gaumens. (Perforacion del palader oseo.)** *Boletin de laringologia. No. 40.*

Obwohl alle Anhaltspunkte für eine vorausgegangene specifische Infection fehlten, heilte der Patient unter specifischer Behandlung.

TAPIA.

48) **M. Ruprecht** (Bremen). **Beitrag zu den tertiären Erscheinungen der Syphilis am Gaumen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 11. 1907.*

Bezugnehmend auf die Publication Semon's (Monatsschr. f. Ohrenheilkde. 1907, Heft 6), in der ein ätiologisch dunkler Fall (Lues oder Pneumokokkeninvasion) berichtet wird, schildert R. eine mit ähnlichen Folgeerscheinungen auftretende extragenitale Infection (Zunge) von Lues. An der Hand der Krankengeschichte seines Falles bespricht Ruprecht die von Semon erörterten differentialdiagnostischen Punkte und kommt zu dem Schlusse, dass auch bei dem Semon'schen Falle es sich um Lues gehandelt hätte. Bezüglich Krankengeschichte und Beweisführung muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

49) **A. Cueto. Ein Fall von Fibrom des Gaumens. (Un caso di fibroma palatino.)** *Revista barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. II.*

Der Tumor inserirte am harten Gaumen und verursachte heftige Anfälle von Reflexhusten.

TAPIA.

50) **Mauclaire** (Paris). **Enormes intra- und extrabuccales Fibrom des knöchernen Gaumengewölbes. Abtragung durch Morcellement. Heilung. (Enorme fibrome intra- et extrabuccal de la voute palatine osseuse. Ablation per morcellement. Guérison.)** *Société de Chirurgie. 10. December 1907.*

Der extrabuccale Fortsatz war von dem Umfang eines Daumens. Es handelte sich um ein in sarkomatöser Degeneration befindliches Fibrom, das sich wahrscheinlich auf Kosten einer der Drüsen des Gaumengewölbes entwickelt hatte.

GONTIER de la ROCHE.

51) **G. Alagna. Ueber einen seltenen Fall von Muskeleinschlüssen in der Gaumentonsille mit besonderer Berücksichtigung der Bildung der sogenannten Sarkolyten. (Di un raro caso d'inclusioni muscolari nella tonsilla palatina con speciale riguardo alla formazione dei cosidetti sarcoliti.)** *La Pratica oto-rino- laringoiatrica. VII. Juni 1907.*

In einer bei einem 20jährigen Mädchen exstirpirten Tonsille finden sich zahlreiche Muskelfasern, die fast in die ganze fibröse Kapsel hineingehen; während einige derselben gut erhalten sind und die gewöhnliche Querstreifung zeigen, sind andere mehr oder weniger verändert und zeigen ein fein oder grob granulirtes Sarcoplasma; Veränderungen sind auch an den Kernen nachweisbar. Zerstreut im lymphatischen Gewebe finden sich echte Sarcolyten, die hier und da bis unter das Epithel reichen und alle von Glas beschriebenen Characteristica aufweisen.

Der vorliegende Fall ist der dritte in der Literatur beschriebene. Verf. ist der Ansicht, dass der Befund von Muskelfasern an abnormen Stellen, vornehmlich in solchen Organen (Tonsillen, Thymus, Schilddrüsen) vorkommt, die in genetischer Beziehung zum Epithel der Kiemenspalten stehen, und dass er auf einen embryonalen Vorgang zurückzuführen ist. FINDER.

52) **F. Kleininger. Ueber die Bedeutung der Tonsillen für das Zustandekommen der sogenannten „kryptogenetischen" Erkrankungen.** *Dissert. Rostock 1905.*

Verf. hat in den drei letzten Jahren 84 Fälle von „kryptogenetischer" Erkrankung beobachtet, worunter 49 Fälle von Gelenkrheumatismus, 16 Fälle von Nephritis, 8 Fälle von Endocarditis etc. Nach der etwas einseitigen Auffassung des Autors waren die Tonsillen in 83 pCt. aller Fälle an dem Zustandekommen der Allgemeinerkrankung schuld. K. huldigt der Anschauung, dass die Gaumenmandeln eine Art von Filtrationsapparat darstellen, der eine Ueberschwemmung des Körpers mit Bakterien verhindert. Wenn nun die Tonsillen angeboren oder durch frühere Tonsillotomie zu klein oder infolge früherer Entzündung übernormal gross sind, so können nach K. die Gaumenmandeln ihre oben erwähnte Function nicht mehr erfüllen und werden insufficient; dadurch wird durch das Eindringen der Entzündungserreger in den Körper das Auftreten eines Gelenkrheumatismus, einer Nephritis oder Endocarditis etc. zum allerwenigsten begünstigt. K. theilt die Gaumenmandeln in unternormal grosse, mittelgrosse und übernormal grosse ein und beurtheilt nun je nach ihrer Grösse ihre Functionstüchtigkeit. Diese Art der Eintheilung ist willkürlich; zudem ist es gewagt, die Functionstüchtigkeit eines Organes allein aus der im gegebenen Falle nicht einmal genau bestimmbaren Grösse erschliessen zu wollen. Deshalb sollten auch die practische Schlussfolgerungen des Autors nicht so präcise gestellt werden; er sagt auf S. 22: man soll in der Prognosestellung bei Anginen, die abnorm kleine Tonsillen befallen, sehr vorsichtig sein. Die früher beliebte Tonsillotomie ist nur noch in Fällen drohender Erstickung oder in solchen mit malignen Neubildungen anzuwenden. Ihre Ausführung in anderen Fällen ist paradox, insofern sie den Körper eines sehr wichtigen Schutzmittels gegen Bakterieninfection beraubt. OPPIKOFER.

53) **J. L. Goodale. Untersuchung des Halses bei chronischen Allgemeininfectionen. (Examination of the throat in chronic systemic infections.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 29. November 1906.*

Verf. berichtet über neun Fälle von Cervicaladenitis, die erstlich das Zusammenvorkommen von tuberculöser Cervicaladenitis und von Tuberkelbacillen in den Tonsillen mit oder ohne sichtbare Veränderungen in diesen zeigen, sowie darthun, dass diese Adenitis auch nothwendig durch die Entfernung der Tonsillen beeinflusst wird. Ferner soll bewiesen werden, dass eine Form von Cervicaladenitis vorkommt, die von deutlicher Vergrösserung und subacuter oder chronischer Entzündung der Mandel begleitet ist und nach Entfernung dieser verschwindet. Im ersten Fall scheint die Annahme angebracht, dass ein Eindringen von Tuberkelbacillen durch die Tonsillen hindurch in die Lymphdrüsen hinein stattgefunden hat; im zweiten Fall, dass eine Resorption von irritirendem Material,

das in den Tonsillen seinen Ursprung hat, von dort in die Tangrenzeden Lymphknoten geräth. Im letzten Fall hat die Entfernung des Herdes der Noxinproduction unmittelbare Besserung zum Gefolge.

Die Untersuchung einer grossen Anzahl von Fällen infectiöser Arthritis in Bezug auf den Zustand des Halses hat dem Verfasser das Bestehen krankhafter Veränderungen in den Tonsillen gezeigt, die im Allgemeinen durch Retention in den Lacunen mit oder ohne Hypertrophie der Tonsillen sich charakterisirten. Da jedoch tiefsitzende Ansammlungen von Detritus, die auf Umwegen mit der Luft communiciren, der Untersuchung entgehen können, so erscheint es G. gerathen, wenn andere Quellen der Infection ausgeschlossen werden können, dass man die Tonsillen auf die radicalste Manier entfernt.

EMIL MAYER.

54) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Zur Diagnose der Pseudoleukämie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 529.*

Die Erkrankung begann mit Vergrösserung der linken Gaumenmandel, in der es nach über 6 Monaten zu einem gummösen Zerfall kam. Mehr als ein Jahr später trat eine Vergrösserung der Rachenmandel ein, daneben spärliche Schwellung einiger Lymphdrüsen am Hals und Arm. Wieder 4 Monate später Vergrösserung der rechten Mandel, weiterer Lymphdrüsen, endlich der Milz. Jetzt erst wurde die Diagnose klar, welche durch die anfänglichen intercurrenten Erscheinungen der Lues erregeleitet war.

F. KLEMPERER.

55) **Géber. Sklerosis tonsillae.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1907.*

Nichts Besonderes.

v. NAVRATIL.

56) **Swershewski. Harter Schanker der Gaumenmandeln. (Twerdi schankr glatotschnich mindalin.)** *Sonderabdruck aus Med. Obosren. No. 22. 1906.*

S. weist zunächst auf die Thatsache hin, dass Russland das Land der aussergeschlechtlichen Infection ist. Von den Landschaftsärzten ist schon längst darauf hingewiesen, dass auf dem flachen Lande 12—75 pCt. aller Syphilisfälle aussergeschlechtlichen Ursprungs sind. In den Städten ist der Procentsatz ebenfalls wechselnd, aber doch viel niedriger — etwa bis 18,15 pCt.

Aus seiner persönlichen Praxis führt S. 17 Fälle von Ulcus induratum tonsillae an; er beschreibt die Differentialdiagnose und den diagnostischen Werth der Spirochäte.

P. HELLAT.

57) **C. Hess. Ueber die Plaut-Vincent'sche Angina.** *Dissert. Marburg 1906.*

An der Marburger medicinischen Klinik kamen circa 10 Fälle von Plaut-Vincent'scher Angina zur Beobachtung. Gestützt auf diese Erfahrungen und unter Berücksichtigung der Literatur kommt H. zu folgenden Schlusssätzen: Die reine Form der Plaut-Vincent'schen Angina bildet klinisch, bakteriologisch und anatomisch einen so charakteristischen und typischen Befund, dass sie als selbstständiges Krankheitsbild aufgefasst werden muss. Die richtige Erkennung dieses reinen Krankheitsbildes ist deshalb von grosser Wichtigkeit, da es eine durchaus günstige Prognose bietet, obwohl es wegen seiner Aehnlichkeit mit Diphtherie und Lues grosse Besorgnisse erwecken kann. Zur Erkennung der reinen

Form der Plaut-Vincent'schen Angina genügt nicht der klinische Befund und die Durchsicht des Ausstrichpräparates allein; es ist vielmehr in jedem Fall ein Züchtungsversuch anzustellen, denn die Beobachtung einiger Fälle hat gelehrt, dass mit der Erkrankung eine echte klinisch wie bakteriologisch in den Hintergrund tretende Diphtherie combinirt sein und bei Vernachlässigung gefährlich werden kann. Auch die Möglichkeit der Combination mit Lues muss erwogen werden.

OPPIKOFER.

58) **Bonnette. Angina ulcero-membranacea im Beginn eines Typhus. (Angine ulcéro-membraneuse initiale de fièvre typhoide.)** *Arch. de méd. militaire. August 1907.*

Ein an Anginen leidender Soldat wurde wegen einer fieberhaften Allgemeinerkrankung in das Hospital aufgenommen. Am dritten Tage constatirte man auf dem rechten Gaumenbogen eine kleine mit einer Pseudomembran belegte Ulceration. Da das Aussehen an Diphtherie erinnerte, so wurde eine Seruminjection gemacht, die jedoch auf den Allgemeinzustand keinen Einfluss hatte; die Pseudomembran verschwand allmählich. Eine neue Untersuchung ergab nur Streptokokken und Staphylokokken. Die Ulceration heilte, während sich die Zeichen eines Abdominaltyphus herausbildeten, dem Patient am 15. Tage erlag.

A. CARTAZ.

59) **Kretz** (Wien). **Angina und septische Infection.** *Zeitschrift f. Heilkunde. Bd. 28. 1907.*

Gelegentlich seiner langjährigen interessanten Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Angina und Appendicitis hat K. auch gefunden, dass speciell die Lymphdrüsenveränderungen am Halse, welche den Schleimhautprocess nicht nur begleiten, sondern auch überdauern, von besonderer Wichtigkeit sind für septische Infectionen. Beschreibung der hochinteressanten Beobachtungen an der Hand zahlreicher Obductionsbefunde.

HANSZEL CHIARI.

60) **A. Sehlbach** (Zella St. Bl.). **Ein typischer Fall von plötzlichem Aufhören der Menses bei Angina.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1908.*

Der Titel giebt den Inhalt der Mittheilung wieder.

HECHT.

61) **D. S. Neumann. Verbesserung der Stimme durch Tonsillotomie. (Improvement of voice from Tonsillotomy.)** *Denver Medical Journal. Juli 1907.*

Verf. berichtet über 10 Fälle, in denen sämmtlich eine Verbesserung der Stimme nach der Tonsillotomie zu constatiren war.

EMIL MAYER.

62) **D. S. Hilton. Tonsillectomie oder Tonsillotomie und eine einfache Technik. (Tonsillectomy or Tonsillotomy; and a simple technique.)** *Medical Harald. November 1907.*

Die Technik besteht darin, dass die Tonsille nach vorn gezogen, und nachdem Cocain und Adrenalin injicirt ist, mit dem Messer abgeschnitten wird.

EMIL MAYER.



63) **H. Nettebrock. Zur Casuistik der Blutungen nach Tonsillotomie und ihre Behandlung.** *Dissert. Kiel 1906.*

Bei Durchsicht der Literatur der letzten 60 Jahre fand N. ca. 150 Fälle von ernsterer Blutung nach Tonsillotomie; 7 endigten mit dem Tode. Als einfachste und sicherste Methode zur Stillung schwerer, langwieriger Tonsillarblutungen empfiehlt Verf. die Methode von Helferich: Durchstechen einer mit Zwirn armirten langen runden Stopfnadel hinter dem Kieferwinkel hinein und durch die Tonsille an der durch Fingerdruck in der Mundhöhle markirten Stelle heraus. An das innere Ende ist ein dicker Jodoformgazetampon angeknüpft und wird derselbe durch Zug von aussen gegen die Tonsille angedrückt. Der Faden ist aussen über ein elastisches Gummirohr geknüpft. Bei der beschriebenen Methode der Blutstillung empfiehlt N. statt eines Jodoformgazetampons auch das Aufdrücken eines Ballens von Penghawar Djambi, das in einer Hülle von nicht entfettetem Mull liegt.

OPPIKOFER.

64) **Oscar Wilkinson. Blutung nach Tonsillectomie. (Hemorrhage after Tonsillectomy.)** *Journal of the American Medical Association. 10. August 1907.*

Die zuerst nicht excessive Blutung stand auf locale Application von Adrenalinlösung (1 : 1000). Nach einer Stunde fand W. den Patienten fast verblutet; der Assistent, unter dessen Obhut er gelassen worden war, hatte Adrenalin, Wasserstoff-Superoxyd-Spray und Compressen, die in Acid. tannicum-Lösung getränkt waren, umsonst angewandt. Die Stillung der Blutung gelang schliesslich dadurch, dass W. über einem in Tanninlösung getränkten Tampon die beiden Gaumenbögen zusammennähte. Verf. berichtet dann noch über einen zweiten Fall, in dem die Blutung, nachdem locale Anwendung von Stypticis erfolglos geblieben war, schliesslich, als die Patientin ins Krankenhaus gebracht wurde, von selbst stand.

EMIL MAYER.

65) **Chevalier Jackson. Tonsillarblutung und ihre chirurgische Behandlung. (Tonsillar hemorrhage and its surgical treatment.)** *Annals of Surgery. December 1907.*

Verf. bezeichnet die Tonsillotomie als eine nicht zu rechtfertigende Operation, wogegen bei der Tonsillectomie eine nachfolgende Blutung viel weniger wahrscheinlich sei. Verf. verwirft den Gebrauch von Eis bei Blutungen und empfiehlt bei leichten Blutungen die Wundhöhle mit einem Gazetampon auszustopfen; stammt die Blutung aus einem Gefäss, das gross genug ist, um gefasst werden zu können, so soll man dies thun, versagt auch dies, so soll die Carotis interna unterbunden werden.

EMIL MAYER.

66) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Eine Modification des Schütz-Passow'schen Pharyngotoms.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 154.*

B. hat von der Firma Détert ein Modell des Pharyngotoms herstellen lassen, bei welchem der den vorderen Theil des Instrumentes zusammenhaltende Schieber in Wegfall gekommen ist.

F. KLEMPERER.

d. Diphtherie und Croup.

67) **Ruth Junnicliff. Der opsonische Index bei Diphtherie. (The opsenic index in diphtheria.)** *Journal of infectious diseases. 30. Januar 1908.*

Der Diphtheriebacillus ist empfindlich für die opsonische Wirkung des Blutserums vom Menschen oder der Ratte. Bei Diphtherie ist der opsonische Index für Diphtheriebacillen im Allgemeinen beim Beginn der Erkrankung unter normal. Wenn die Membranen verschwinden und die Symptome nachlassen, steigt der Index beträchtlich und kehrt innerhalb 2—9 Tagen zur Norm zurück.

Verf. meint, dass die Injection todter Diphtheriebacillen bei chronischen Trägern von Bacillen und Reconvalescenten einigen Werth für die Säuberung des Halses von Bacillen haben könnte; denn die Untersuchungen zeigen, dass bei Ratten solche Injectionen gefahrlos sind und dass die opsonische Kraft des Blutes gegenüber den Diphtheriebacillen danach steigt.

EMIL MAYER.

68) **Albert Uffenheimer** (München). **Neue Versuche über den Nachweis des Toxins in dem Blute des Diphtheriekranken.** *Mit 1 Tab. Münchener med. Wochenschr. No. 52. 1907.*

Bezugnehmend auf seine frühere diesbezügliche Publication und die negativen Nachprüfungsresultate von Carl Fränkel berichtet Uffenheimer über eine grössere Reihe neuer einschlägiger Fälle, die, auch procentualiter, das gleiche Resultat ergaben wie bei der ersten Versuchsreihe. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

69) **Gerlitzky** (Cremantschög). **Ueber die Anwendung des Diphtherieheilserums bei Scharlach und dessen Complication mit wahrer Diphtherie und zu pro phylactischen Zwecken.** *Dissert. Zürich 1907.*

35 Fälle aus der Klinik des Kinderhospitals, davon 5 mit echter Diphtherie. Das öftere Vorkommen derselben mit Scharlach veranlasste diese Versuche. Es stellte sich heraus, dass auch hier das Serum günstig wirkt, wie bei Diphtherie ohne Scharlach. Die Präventivinjectionen bieten keine Gefahr und immunisiren für einige Wochen in ansehnlichen Procentzahlen.

JONQUIÈRE.

70) **B. Schick. Cutanreaction bei Impfung mit Diphtherietoxin.** (Vorläufige Mittheilung.) *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1908.*

Analog der v. Pirquet'schen cutanen Tuberkulinreaction versuchte Autor, ob cutane Einimpfung des Diphtherietoxins eine Reaction hervorruft. Die einfache letale Dosis von 0,03—0,04 Diphtherietoxin zeitigte cutan keine Reaction, dagegen erzielte Autor mit dem im Vacuum bei einer Temperatur von ca. 30,0° auf den zehnten Theil eingeengten Toxin nach der Methode v. Pirquet's eine Cutanreaction. Diese Reaction, die als specifisch angesprochen werden muss, bleibt aus, wenn das Diphtherietoxin durch sein Antitoxin in vitro paralysirt wurde, ebenso, wenn 24 Stunden vor der Toxinimpfung 1500—3000 Toxineinheiten injicirt und damit der Patient passiv immunisirt wurde. Die weiter angestellten Versuche und Erwägungen, bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss, führten zu dem Ergebniss, dass die Reaction für die Diphtherie-

diagnose keinen Fortschritt bedeute, wohl aber neue Wege zu klinischem und experimentellem Studium toxischer und antitoxischer Processe biete. HECHT.

71) C. Montefusco. **Ueber die Intubation wegen Croup bei Säuglingen. (Sulla intubazione per croup nei bambini poppanti.)** *La Pediatria. Februar 1908.*

Verf. hat in den Jahren 1902—1907 am Ospedale Cotugno in Neapel 74 Säuglinge unter 10 Monaten behandelt; von diesen starben 22 (29,7 pCt.); in der gleichen Periode betrug an dieser Anstalt die Mortalität an Croup überhaupt 18 pCt. Bei 29 von den 74 Säuglingen war keine Intubation nöthig, von diesen starben nur 2 an Pneumonie; bei den anderen 45 wurde die Tracheotomie gemacht und von diesen starben 20 (44,4 pCt.), 16 an Bronchopneumonie, 3 an Intoxication, einer an Asphyxie. In dem letzteren sehr interessanten Fall, der ausführlich beschrieben wird, war das Larynxinnere durch ausgedehnte Decubitalgeschwüre so zerstört, dass der Tubus seinen Halt verloren hatte, in die Trachea bis zur Bifurcation herabgefallen war.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Technik der Intubation bei Säuglingen keine besonderen Schwierigkeiten bildet und die normale Ernährung nicht hindert. Die erhöhte Sterblichkeit erklärt sich durch die geringe Resistenz des Organismus beim Säugling gegen die Diphtherieinfection und durch die grössere Häufigkeit der bronchopneumonischen Complicationen in diesem Alter; die Sterblichkeit ist übrigens auch bei tracheotomirten Säuglingen erhöht. FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

72) L. Morochowetz. **Die Grundlaute der menschlichen Sprache. Ein Universalalphabet.** *Berlin, Hirschwald. 1908.*

Es giebt in jeder Sprache zwei Alphabete, ein bildliches, welches zum Schreiben und ein lautliches, welches zum Sprechen dient. Nur das Alphabet ist ein ideales, dessen Schriftzeichen in allen Fällen der geschriebenen und geredeten Sprache die ihr eigenthümlichen Lautaffecte bewahren würden, damit ein jeder, der dieses Alphabet erleint hätte, ohne den Beistand in der betreffenden Sprache bewanderter, ohne je deren Aussprache gehört zu haben, die durch die Schriftzeichen eines solchen idealen Alphabets dargestellten Worte richtig auszusprechen vermöchte. Ein solches Alphabet dürfte ein internationales, universales Alphabet genannt werden.

Zur Darstellung der Lautcurven bedient sich M. des von ihm und Samojlow beschriebenen chronophotographischen Pendels und eines endlosen Bandes aus lichtempfindlichem Papier, nebst einem photoskopischen Apparat, d. h. einem König'schen Spiegelchen, der den schwingenden Lichtstrahl auf einen Schirm von weissem Papier projicirt. Eine etwas veränderte Blake'sche Membran dient als Vibrator.

Die Physiker theilen die von der menschlichen Stimme hervorgebrachten Laute in Sonore, d. h. Töne von musikalischem Charakter, und in Geräuschlaute. Nimmt man im Einklange mit den Principien der heutigen Phonetik die Eintheilung aller Laute der menschlichen Sprache in Vocale (Sonanten) und Consonanten

an, so stellen die Sonore diejenigen Gruppe von Lauten vor, welche alle Vocale und einige Consonanten umfasst, während die Geräuschlaute bloss von Consonanten gebildet werden.

Die gesammten Grundlaute, die zum Aufbau irgend einer Sprache dienen, sollen das Universalalphabet bilden; für dasselbe dürften am besten die allen Culturvölkern gemeinsamen gebräuchlichen Schriftzeichen, Buchstaben, sich eignen.

Wie sehr man sich auch bemüht, einen Vocal, z. B. a, in einem und demselben Ton zu singen, bei allmählichen Uebergang vom reinen a zum weicheren findet eine unwillkürliche Tonerhöhung statt. Aus diesem Grunde wird ein a des unteren Registers und ein à des oberen angenommen.

Dieser Unterschied ist ein durchgängiger. Demzufolge stellt das Universalalphabet den Grundlauten der menschlichen Sprache entsprechend folgende Laute dar:

Register	I. Sonore	II. Geräuschlaute
im oberen	à è ò ù ì n l z	f p b s g h
im unteren	a e o u i m r j v	b d c k x
	Vocale.	Consonanten.

Das Universalalphabet besitzt also im Ganzen 28 Schriftzeichen, 10 für die Vocale, 18 für die Consonanten, alle übrigen Laute sind zusammengesetzte, die durch die 28 Grundlaute wiedergegeben werden können. J. KATZENSTEIN.

73) **H. Gutzmann** (Berlin). **Ueber Stellung und Bewegung des Kehlkopfes bei normalen und pathologischen Sprechvorgängen.** *Beiträge zur Anat, Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. Bd. 1. S. 89—134. 1908.*

Vorerst bespricht Verf. alle die Untersuchungsmethoden, die dazu dienen, Stellung und Bewegung des Kehlkopfes während des Sprechvorganges zu beurtheilen. Die verschiedenen Laryngographen werden an der Hand von Abbildungen erläutert. Dabei kommt G. nach anatomischen und topographischen Bemerkungen auf seine eigenen gründlichen Untersuchungen zu sprechen, die in mehrfacher Beziehung unsere Kenntnisse in der Frage der Stellung des Kehlkopfes bei normalen Sprechvorgängen bedeutend erweitert.

Die Methoden der Inspection mit dermographischen Marken und der Palpation unter bestimmten Cautelen gestatten, in einfacher und einwandfreier Weise gröbere Veränderungen des Kehlkopfstandes in verticaler Richtung richtig zu beurtheilen. Für die geringen Abweichungen dagegen, die wir beim normalen Sprechvorgange vorfinden, reichen diese Methoden nicht aus. Die graphischen Aufnahmen werden, wenn man die verticale und die sagittale Bewegung getrennt aufnehmen will, am besten mit dem von Zwaardemaker angegebenen Laryngographen vorgenommen. Die grössten Bewegungsbreiten des Kehlkopfes liegen in der verticalen Richtung, die sagittale Bewegung nach vorn und hinten ist selbst bei starken Bewegungen des ganzen Organes immer sehr gering und beträgt höchstens 2 mm. Man kann diese Bewegungen daher meist vernachlässigen, wenn es sich um sehr grosse Ausschläge des Kehlkopfs überhaupt handelt; dagegen sind sie bei der

Untersuchung der ruhigen Sprechvorgänge unter normalen Verhältnissen von Wichtigkeit. Bei der Ruheathmung ist unter normalenn Verhältnisse die Bewegung des Kehlkopfes in beiden Richtungen nahezu gleich Null, bei tiefer Ein- resp. Ausathmung sinkt resp. steigt der Kehlkopf merklich. Art, Höhe und Stärke der Stimmeinsätze haben, wenn man die Prüfung ohne Articulationsbewegungen vornimmt, in der gewöhnlichen Sprechtonhöhe und Stärke nur sehr geringen Einfluss auf die Kehlkopfstellung. Energische Articulationsbewegungen ohne Lautproduction, wie Oeffnungsbewegungen des Mundes, Bewegungen des Unterkiefers nach vorn und hinten, Zungenbewegungen u. s. w., üben einen merklichen Einfluss auf den Kehlkopfstand aus. Der Kehlkopf wird dabei rein passiv von den Articulationsorganen mitbewegt. Die Vocale haben nur einen geringen Einfluss auf die Stellung des Kehlkopfes. Die Veränderungen des Kehlkopfstandes geschehen in derselben Richtung wie die zur Aussprache der einzelnen Vocale nothwendigen Articulationsbewegungen. Die Articulationen ruhig gesprochener Consonanten haben nur geringen Einfluss auf die Kehlkopfstellung, und zwar im Verhältniss mehr auf die sagittale wie auf die verticale Bewegung. Nur diejenigen Laute, welche starke Zungenbewegungen erfordern (k, l), rufen grössere Verticalbewegungen hervor.

OPPIKOFER.

74) **M. Cunaud. Die Eintheilung der Stimmen. (Le classement des voix.)** *Thèse des Bordeaux. 1896.*

Ausführliche Abhandlung über Stimmbildung und Stimmregister. Die genaue Eintheilung der Singstimmen soll der Gesanglehrer erst nach und nach im Verlaufe des Unterrichts vornehmen.

OPPIKOFER.

75) **E. E. Clark. Die Falsett- oder Eunuchenstimme. (The falsetto or eunuceid voice.)** *Medical Fortnightly. 25. Februar 1908.*

In allen Fällen von Eunuchenstimme wurden die Genitalorgane normal gefunden. Die Behandlung besteht in Stimmübungen und Athemgymnastik mit besonderer Pflege der Abdominalathmung. Verf. geht so vor, dass er erst eine hohe Note singen und diese wiederholen, dann nach abwärts singen lässt, bis der tiefste Ton des Registers erreicht ist; dann werden die untersten Töne mit lauter forcirter Exspiration 10—15 Minuten lang wiederholt. Ebenso muss man in tiefem Ton laut vorlesen lassen. Alle unnöthigen Anstrengungen der Stimme sollen vermieden werden.

EMIL MAYER.

76) **Courtade. Ueber die Dysphonie extralaryngealen Ursprungs. (De la dysphonie d'origine extra-laryngée.)** *Arch. internat. de laryngologie. No. III. 1907.*

Verf. unterscheidet zwei Arten von Dysphonien, eine pulmonäre (Tuberculose, Pleuritis, Asthma, grosse Abdominaltumoren, Rippenfracturen, Neuralgien, Herzkrankheiten) und eine oro-nasale (Mandelabscess, acute Angina, Lähmung und Perforation des Gaumensegels, Nasenverstopfung, Zungentumoren).

BRINDEL.

77) **W. G. Henderson. Verlust der Stimme bei Sängern. (Loss of voice in singers.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Verf. hat die Erfahrung gemacht, dass alle Stimmschädigungen bei Sängern auf die Methode zurückzuführen sind; er geisselt verschiedene Fehler mancher Gesanglehrer, wie die Athemübungen, die darauf hinzielen, dass der Schüler ein möglichst grosses Athemvolumen bekommt, ferner die Ueberanstrengung der Schüler. Ein Hauptfehler der Lehrer besteht darin, dass sie den Ehrgeiz haben, den Stimmumfang des Schülers nach Möglichkeit zu vergrössern. Der Artikel ist sehr flott und nicht ohne Humor geschrieben. EMIL MAYER.

78) **Percy Fridenberg. Alltägliche Ursachen für die Schädigung der Stimme. (Every-day causes of voice deterioration.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. theilt die häufigsten Ursachen für den Verlust oder die Schädigung der Stimme in drei Klassen: klimatische Verhältnisse nebst Wind und Staub, unrichtiger Gebrauch der Stimme, wobei das laute Sprechen bei der Unterhaltung, wie es der Lärm in unserer Umgebung nöthig macht, eine Rolle spielt und schliesslich der Mangel an Achtsamkeit auf die Cultur und Behandlung der Stimme in unseren Schulen. Verf. begründet seine Ausführung mit besonderem Hinblick auf die Verhältnisse in Amerika. EMIL MAYER.

79) **Kobrak** (Berlin). **Theoretische Grundlagen und deren practische Verwerthung für die Erlernung des Ablesens der Sprache vom Gesicht des Sprechenden.** *Med. Klinik. 10. 1908.*

Bei der Erlernung des Ablesens ist das Wesentliche nicht die Einzellautstellung und Einzelsilbe, sondern der Satz, und zwar der mit Sinn verbundene Satz. SEIFERT.

80) **J. Reardon. Congenitaler Kehlkopfstridor. (Congenital laryngeal stridor.)** *American Journal of Medical Sciences. August 1907.*

In dem mitgetheilten Fall war das Kind $1^1/_2$ Jahre in Beobachtung; als man es zuerst sah, war es 3 Wochen alt. Unter Aethernarkose wurde die Zunge mittels einer Sutur nach vorn gezogen und man sah die Seitenränder der Epiglottis stark umgebogen, so dass sie sich den ary-epiglottischen Falten näherten; die Stimmbänder konnten nicht gesehen werden. Als das Kind 2 Jahre alt war, hatte die Epiglottis noch ihre frühere Gestalt, jedoch konnte man jetzt das Larynxinnere sehen; die Function der Stimmbänder war normal.

Verf. räth, die ary-epiglottischen Falten fortzuschneiden und, wenn dies nichts hilft, den umgebogenen Theil der Epiglottis. EMIL MAYER.

81) **Muggia. Ueber die klinische Bedeutung des congenitalen Kehlkopfstridors. (Sul significato clinico dello stridore laringeo congenito.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. December 1907.*

Verf. theilt 8 Beobachtungen mit. Er ist der Ansicht, dass stets eine Missbildung des Kehlkopfeingangs vorliegt, die als Ausdruck einer Entwickelungshemmung und des Persistirens der infantilen Kehlkopfform aufzufassen ist. Daher ist der Stridor dort am intensivsten und andauerndsten, wo schwere Allgemeinstörungen, Ernährungsstörungen, wie Rhachitis etc., bestehen. FINDER.

82) **Gormot. Zwei Fälle von Laryngospasmus infolge Hypertrophie der Thymus. (Deux cas de laryngospasme par hypertrophie du thymus.)** *Annales méd.-chir. du Centre. 28. October 1906.*

In beiden Fällen liess sich als einzige Ursache des Larynxspasmus eine ausgesprochene Hypertrophie der Thymusdrüse finden. A. CARTAZ.

83) **Martinez Roig. Die Ozono-Therapie beim Keuchhusten. (La ozono-terapia en la coqueluche.)** *Dissert. Madrid 1907.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. die Ozontherapie wirkt nur im Stadium convulsivum. 2. Sie vermindert Zahl und Dauer der Anfälle. 3. Die Dosis soll 0,1—0,3 mg Ozon auf den Liter Luft betragen, dreimal täglich 10—12 Minuten lang inhalirt. Aussetzen der Behandlung führt Recidive herbei. 4. Die Behandlung soll 14 Tage dauern. 5. Man soll sie nicht anwenden, wenn Erscheinungen seitens des Thorax bestehen. 6. Die Behandlung kürzt die Dauer der Krankheit ab und bessert den Allgemeinzustand. TAPIA.

84) **E. Schickendantz. Beitrag zur Recurrenslähmung mit 50 neuen Fällen.** *Dissert. Leipzig 1906.*

Im Verlauf von 9 Jahren wurden 50 Fälle von Recurrenslähmung an der Leipziger Universitätspoliklinik für Halskranke beobachtet. Die diesbezüglichen Krankengeschichten sind nun in dieser Arbeit je nach ihrer Wichtigkeit mehr oder weniger eingehend aufgezählt und mit analogen Fällen aus der Literatur verglichen. Zwei der Fälle fanden sich bei Tabes, je 1 bei Syringomyelie, multipler Sklerose und Diphtherie, 1 bei Lues, 6 bei Aneurysma aortae, 7 bei Oesophaguscarcinom, 5 bei bei sonstigen Mediastinalgeschwülsten, 6 bei Tuberculose, 5 bei Strumen, 3 bei sonstigen Halstumoren, 3 im Anschluss an Operationen am Halse; in 9 Fällen blieb die Aetiologie zweifelhaft oder unbekannt; 9 mal war die Lähmung rechterseits, 35 mal linkerseits und 6 mal doppelseitig. Das Alter der Patienten (29 männlichen und 21 weiblichen Geschlechts) schwankt zwischen 13 und 82 Jahren. OPPIKOFER.

85) **J. Sendziak** (Warschau). **Aetiologie der Recurrenslähmungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 11. 1907.*

Statistische Zusammenstellung der Recurrenslähmungen bezüglich des Alters und Geschlechtes, sowie der verschiedenen ätiologischen Momente unter Trennung des centralen und peripheren Ursprunges. Die Zusammenstellung bezieht sich auf 1017 einschlägige aus der Literatur gesammelte Fälle, sowie 201 aus der eigenen Praxis des Verfassers. HECHT.

86) **E. Barthas. Larynxtuberculose und Schwangerschaft. (Rapport de la tuberculose laryngée et de la grossesse.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Die Arbeit enthält nichts Neues. A. CARTAZ.

87) **Rudolf Hoffmann** (München). **Daueranästhesie im tuberculösen Kehlkopf.** *Münch. med. Wochenschr. No. 14. 1908.*

Zur Erzielung der „Autoanästhesie" lässt H. den Patienten durch ein in

seiner Form einer Tabakpfeife ähnliches „Saugröhrchen" Orthoform, Anästhesin oder Cocain, letzteres in Pulverform oder wässeriger Lösung, aspiriren.

Angeregt durch die Schlösser'schen Erfolge bei Neuralgien injicirte Autor einer Anzahl (7) Patienten 85proc. Alkohol in den Nervus laryngeus superior an seiner Durchtrittsstelle durch das Lig. thyreoideum mit gutem Erfolg, namentlich in Bezug auf die Aufnahme compacter Speisen. Die Zufuhr flüssiger Getränke rief jedoch unverändert die gleichen Beschwerden wie vorher hervor. Die Technik der Alkoholinjection ist in der Publication eingehend beschrieben HECHT.

88) **J. Möller** (Kopenhagen). **Ueber Epiglottisamputation bei der Kehlkopftuberculose** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 69 bis 82. 1908.*

M. hat in 10 Fällen von Tuberculose der Epiglottis den Kehldeckel mittelst der Alexander'schen Guillotine entfernt und giebt nun in vorliegender Arbeit die diesbezüglichen Krankengeschichten wieder. In keinem der Fälle war die operative Blutung erheblich. Bei drei Patienten notirte M. völlige Heilung (Beobachtungszeit nach der Heilung 2 Jahre, 9 und 4 Monate).

Die Epiglottisamputation soll nach M. in Fällen von Kehlkopftuberculose vorgenommen werden: 1. bei tuberculösen Affectionen, die ausschliesslich oder fast ausschliesslich auf die Epiglottis beschränkt sind, wenn der Zustand des Patienten überhaupt ein solcher ist, dass er diesen nicht sehr beträchtlichen Eingriff ertragen kann; 2. bei ausgesprochener Dysphagie ohne Rücksicht auf den Zustand des übrigen Kehlkopfes und der Lungen, insofern es wahrscheinlich ist, dass die Epiglottisaffection es sei, die die Dysphagie verursacht, und 3. bei beträchtlicher tuberculöser Affection der Epiglottis in Fällen von mehr ausgedehnter Kehlkopftuberculose, selbst wenn keine Dysphagie vorliegt, falls nur kein Lungenleiden vorliegt, oder nur ein so geringfügiges, dass man auf eine Heilung, bezw. eine beträchtliche Besserung hoffen kann. OPPIKOFER.

89) **Morestin. Exstirpation einer suprahyoidalen tuberculösen Drüse durch den Mund. (Exstirpation par la bouche d'un ganglion sus-hyoïdien tuberculeux.)** *Société de chirurgie. 24. Januar 1908.*

Incision in der Furche zwischen Zahnfleisch und Kinn auf der rechten Seite, Ablösung der Gewebe, dann Exstirpation der Drüse, Naht der Wunde mit Seidenfäden. Eine eitrige submaxillare Adenitis zwingt am 9. Tage, die Wunde wieder zu öffnen, die Drainage geht auf diesem Wege gut vor sich. Das Resultat ist ausgezeichnet. M. räth, in Fällen von Abscessen oder kleinen Tumoren, die hoch am Halse sitzen, diesen Weg vom Munde aus zu wählen. GONTIER de la ROCHE.

90) **J. Lebayle. Ueber Ozaena trachealis. (De l'ozène trachée.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Detaillirte Beschreibung dieser verhältnissmässig seltenen Affection (Zahl der publicirten Fälle etwa 20). Verf. meint, es handle sich um eine Erkrankung durch Mikroben, die aber zur Entwickelung eines geeigneten Terrains (Syphilis, Tuberculose) bedürfen. Die Ozaena trachealis ist der Ozaena der Nase oft secundär.

Die Krankheit hat wenig Tendenz, spontan zu heilen. Verf. räth zu intratrachealen Injectionen, zur Behandlung mit Jod und schwefelhaltigen Mineralwässern.

A. CARTAZ.

f. Schilddrüse.

91) **Basil Kilvington** (Melbourne). **Pathologie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse. (Pathology of the thyroid and parathyroid glands.)** *Intercolonial Medical of Australasia. Februar 1908.*

Eine zusammenfassende Darstellung unserer heutigen Kenntnisse über den Gegenstand.

A. J. BRADY.

92) **Fabre** und **Thevenot** (Lyon). **Der Kropf beim Neugeborenen. (Le goitre chez le nouveau né.)** *Lyon médical. 5. December 1907.*

Die Erkrankung der Neugeborenen ist häufiger als man glaubt. Verff. haben 130 Fälle in der Literatur gesammelt. Sie beziehen eine Anzahl von Erscheinungen, die gewöhnlich der Thymus zugeschrieben werden, auf den Kropf. Sie empfehlen die Exothyropexie als die Methode der Wahl, wenn Erscheinungen von Suffocation auftreten.

GONTIER de la ROCHE.

93) **Meerwein** (Basel). **Ueber intratracheale Strumen.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 91. 1907.*

Bei der Laryngoskopie fand sich eine halbkugelige Vorwölbung des subglottischen Raumes links (Pat. mit hochgradiger Dyspnoe). Laryngo-Tracheotomie und Excision des haselnussgrossen Tumors, der eine Combination einer intratrachealen Struma mit einem tuberculösen Infiltrat des subglottischen Raumes zeigte.

SEIFERT.

94) **H. Vincent. Schilddrüsen-Medication für gewisse Fälle von acutem Gelenkrheumatismus. (Thyreoid medication for certain cases of acute articular rheumatism.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Juni 1907.*

Verf. hat in 74 Fällen von acutem Rheumatismus ein Symptom gefunden, das er als „Schilddrüsensymptom“ bezeichnet und das charakterisirt ist durch eine — bisweilen einseitige — Anschwellung der Schilddrüse und durch Schmerzen, die selten spontan, aber stets sehr ausgesprochen sind, wenn jeder Schilddrüsenlappen zwischen den Fingern comprimirt wird. Dieses Symptom wird gewöhnlich in leichten und chronischen Fällen nicht gefunden, sondern nur bei acutem fieberhaften Gelenkrheumatismus. Die Schilddrüsenschwellung nimmt gewöhnlich mit der Gelenkschwellung zu und nimmt ab, wenn diese geringer wird. Wenn — was bisweilen der Fall war — Verf. das Schilddrüsensymptom im Beginn der Erkrankung sehr ausgesprochen fand, um es dann trotz des Weiterbestehens der Gelenksymptome bald verschwinden zu sehen, so sprach das immer für eine schlechte Prognose und für einen sehr langsamen Verlauf des Rheumatismus.

LEFFERTS.

95) **Rudolf Hoffmann** (München). **Serumuntersuchungen bei Thyreoidosen.** (Vorläufige Mittheilung.) *Münchener med. Wochenschr. No. 6. 1908.*

Erörterung der verschiedenen Drüsen mit interner Secretion, deren Antagonismus und wechselseitiger Ersatz, Pathologie dieser Organe, sowie therapeutische Beeinflussung durch entsprechende Sera, insbesondere durch Schilddrüsen- und Nebennieren-Präparate. Details müssen im Original nachgelesen werden.

HECHT.

96) **J. M. Müller. Morbus Basedow. (Exophthalmic goiter.)** *Lancet-Clinic. 25. Mai 1907.*

M. berichtet über drei Fälle, die mittels Röntgenstrahlen und jodfreier Diät geheilt wurden. Thyreodectin wurde versucht, hatte jedoch keinen Erfolg. Interessant war in dem einen Fall die Thatsache, dass die Patientin im 7. Schwangerschaftsmonat mit Zwillingen niederkam und dass jedes Kind einen grossen Kropf hatte.

EMIL MAYER.

97) **Gundorow** (St. Petersburg). **Beitrag zur Frage von der Thyreoiditis jodica acuta.** *Arch. f. Dermatol. Bd. 89. 1908.*

Die Thyreoiditis jodica acuta entwickelt sich bei besonders veranlagten, für Jod äusserst empfindliche Personen und bildet eine Erkrankung sui generis. Das Eintreten der Thyreoiditis hängt nicht von der Menge des in den Organismus eingeführten Jods ab, man muss sie zur Gruppe der Intoxicationserkrankungen im strengen Sinne des Wortes rechnen.

SEIFERT.

98) **S. P. Beebe. Die Physiologie der Schilddrüse in ihren Beziehungen zum Morbus Basedow. (The physiology of the thyroid gland in its relation to exophthalmic goitre.)**

99) **W. G. Mac Callum. Die Pathologie des Morbus Basedow. (The pathology of exophthalmic goiter.)** *Journal American Medical Association. 5. October 1907.*

Beebe giebt zuerst einen Ueberblick über die nach Entfernung der Schilddrüse auftretenden Erscheinungen und verweilt dann besonders ausführlich bei der Besprechung des Chemismus der Drüse. Er weist dann darauf hin, dass die Symptome, die bei Morbus Basedow vorhanden sind, Exophthalmus, Tachycardie, Tremor, gastrointestinale Störungen, profuse Schweisse, Temperatursteigerung, rapider Gewichtsverlust, alle experimentell bei Thieren dadurch hervorgerufen werden konnten, dass man sie mit Schilddrüsenpräparaten überfütterte. Will man den physiologischen Verhältnissen nahe kommen, so darf man den Thieren keine Handelspräparate in intermittirenden Dosen per os geben, man muss ein Extract der Drüse, die von derselben Thierspecies stammt, in kleinen, häufig wiederholten Dosen subcutan injiciren. Verf. bespricht schliesslich die beiden allgemein acceptirten Theorien, durch die der Ursprung der Hyperactivität der Drüse erklärt wird: erstlich als Resultat eines nervösen Shocks; zweitens durch compensatorische Hypertrophie während der Toxämie.

Mac Callum hat in zwei Fällen sehr sorgfältig die sympathischen Halsganglien und -Nerven studirt und hat keinerlei nennenswerthe pathologische Ver-

änderungen gefunden; ebenso fanden sich keine constanten Veränderungen im Centralnervensystem. Die einzigen nachweisbaren und constanten Veränderungen sind in der Schilddrüse, der Thymus und dem Lymphapparat zu finden.

Beide Autoren kommen zu dem Ergebniss, dass wir sehr wenig betreffs der Physiologie und Pathologie der Schilddrüse wissen.

EMIL MAYER.

100) **L. Napoleon** (Boston). **Ein werthvolles Symptom bei Morbus Basedow. (A valuable sign in exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 17. August 1907.*

Das Symptom besteht in folgender Erscheinung: Hat der Patient das Auge nach oben gedreht und versucht nun, dem Finger des Untersuchers nach unten bis zur Höhe des Kinns zu folgen, so folgt das obere Lid dem Augapfel für eine kurze Strecke nach unten, bleibt dann einen Augenblick stehen, geräth in einen leichten Spasmus mit, wobei es anscheinend wieder etwas zurückgeht und folgt darauf von neuem dem Augapfel.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

101) **Gilbert** und **Philibert. Caustische Zerstörung des Oesophagus. (Destruction caustique de l'oesophage.)** *Société anatomique. 13. März 1908.*

Demonstration eines Abgusses des Oesophagus, eines Theiles des Pharynx und des Magens, den ein Patient 6 Tage nach dem Verschlucken eines unbekannten Aetzmittels zu Tage gebracht hatte. Der Abguss besteht aus fibrinöser mit Rundzellen durchsetzter Masse. Nach 5 Wochen absolute Stenose des Oesophagus.

GONTIER de la ROCHE.

102) **Goldmann** (Freiburg). **Zur Operation des Speiseröhrendivertikels.** *Centralblatt f. Chirurgie. 51. 1907.*

Ein nach besonderer Methode operirter Fall von Pulsationsdivertikel bei einer 23jährigen Patientin.

SEIFERT.

103) **B. Müller. Ein Beitrag zur Kenntniss der Pulsionsdivertikel der Speiseröhre.** *Dissertation. Giessen 1905.*

Nach eingehender Besprechung der Divertikel der Speiseröhre theilt M. ein typisches Beispiel eines nicht sehr umfangreichen Zenker'schen Pulsionsdivertikels mit, das von anderer Seite sondirt und durchstossen worden war. Die Section zeigte bei dem 62jährigen Manne eine diffuse eitrige Infiltration des ganzen hinteren Mediastinums bis zum Pankreas hin, des Halszellgewebes, des vorderen Mediastinums und des Zellgewebes der oberen Thoraxapertur. Fibrinös-seröse Pericarditis.

OPPIKOFER.

104) **H. Stark** (Karlsruhe). **Die Bedeutung der Oesophagoskopie für die Diagnose und Behandlung verschluckter Fremdkörper.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 81—93. 1908.*

St. hat seit Erscheinen seines Lehrbuches der Oesophagoskopie 1905 vier weitere Fremdkörperfälle beobachtet, die er kurz mittheilt (2mal Knochen, 1mal Metalldoppelknopf und 1mald Geldstück). Gestützt auf seine eigene reiche Er-

fahrung und unter Berücksichtigung der Arbeiten der letzten Jahre bespricht Verfasser die Vortheile der Oesophagoskopie gegenüber den übrigen Methoden und bedauert, dass die Oesophagoskopie auch heute noch, namentlich von chirurgischer Seite, nicht diejenige Anerkennung und Berücksichtigung gefunden hat, die sie verdient. Eine blutige Operation ist erst angezeigt, wenn die Oesophagoskopie versagt.

OPPIKOFER.

105) **Fink** (Karlsbad). **Zur Schwierigkeit der Diagnostik von Fremdkörpern im Oesophagus.** *Wiener med. Wochenschr. No. 42. 1907.*

Eine Frau verschluckte das in der Mitte der Gaumenplatte gebrochene Gebiss, hatte ausser stechenden Schmerzen in dem Brustabschnitt des Oesophagus keinerlei Beschwerden oder Behinderung. Spitalsaufnahme am selben Tage. Kartoffelkur, Sondirung mit verschiedenen Sonden sowie Röntgendurchleuchtung ergaben keinen Anhaltspunkt für einen Fremdkörper, welcher erst mittelst Oesophagotomie zu Tage gefördert wurde. Eigenthümliche Querlagerung sowie der Umstand, dass an dem verschluckten Fremdkörper kein Metall war, erklärten das Fehlschlagen der genannten Untersuchungsmethoden. Dringende Empfehlung der Oesophagoskopie.

CHIARI.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) British Medical Association.

Exeter Meeting.

Section für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Sitzung vom 31. Juli 1907.

Vorsitzender: R. Makenzie Johnston (Edinburgh).

Der Vorsitzende giebt in einer Einleitungsrede einen Ueberblick über den Unterricht in Laryngologie und Otologie und den Stand dieser Disciplinen. Er spricht sich im Allgemeinen dagegen aus, die Zahl der Zwangscurse zu vermehren, man solle sich darauf beschränken, dem Studenten die Einsicht von der Bedeutung und Wichtigkeit dieses Zweigs der Medicin beizubringen.

Es steht zunächst zur Discussion: Die Differentialdiagnose zwischen tuberculösen, syphilitischen und malignen Erkrankungen des Larynx.

Sir Felix Semon fasst seine Erfahrungen dahin zusammen, dass gewöhnlich die Differentialdiagnose der drei Erkrankungen leicht ist, nicht selten aber auch Schwierigkeiten bietet und in Ausnahmefällen eine Zeit lang fast unmöglich sein kann. Folgende Punkte müssen beachtet werden: 1. Congestion der Stimmbänder als ein Initialsymptom der Tuberculose, Syphilis und maligner Erkrankung (a bilateral und b unilateral). 2. Die Schwierigkeiten der Differential-



diagnose zwischen tuberculösen, syphilitischen und malignen Tumoren. 3. Kehlkopftuberculose bei Leuten mittleren oder vorgerückten Alters als eine Quelle des Irrthums in der Unterscheidung zwischen Tuberculose, Syphilis und maligner Erkrankung. 4. Die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose, wenn die Krankheit in Form einer Infiltration auftritt und 5. die Combination zweier Erkrankungen. Wenn auch Redner der Ansicht zustimmt, dass einseitige Stimmbandcongestion gewöhnlich als Vorläufer einer schweren constitutionellen Erkrankung aufzufassen ist, so warnt er doch davor, dies als unfehlbare Regel zu betrachten. Andererseits berichtet er über einen interessanten Fall, in dem doppelseitige Stimmbandcongestion einer malignen Erkrankung des Kehlkopfs vorausging. S. giebt eine detaillirte Beschreibung der tuberculösen Kehlkopftumoren und bespricht die Unterscheidung von Gummi und Carcinom. Er constatirt ferner, dass Kehlkopftuberculose bei Leuten mittleren oder vorgerückten Alters häufiger ist, als man gewöhnlich annimmt und warnt davor, aus dem höheren Lebensalter der Patienten ohne weiteres zu schliessen, dass ein in seinem Kehlkopf gefundener ulcerirter Tumor ein Carcinom sei. Er illustrirt das Gesagte durch Mittheilung mehrerer Fälle. Die grössten Schwierigkeiten für die Differentialdiagnose der drei Krankheiten erwachsen, wenn es sich um eine Infiltration handelt, insofern als die Perichondritis, die bei allen dreien vorkommen kann, die Symptome der ursprünglichen Erkrankung völlig verschleiern kann. Schliesslich bespricht S. die Combination mehrerer Erkrankungen vom differentialdiagnostischen Standpunkt.

Jobson Horne sagt, dass ein geübtes Auge die Diagnose auf tuberculöse Veränderungen im Kehlkopf in den allermeisten Fällen stellen wird und dass man zu einer Differentialdiagnose am besten dadurch gelangt, dass man die Tuberculose ausschliessen kann.

H. bespricht folgende vier Punkte: Schmerzen, Stimmfunction, fibröse Degeneration und vorhergegangene locale Behandlung. Schmerzen treten früher und constanter bei Carcinom auf, fehlen oft bei Syphilis und Tuberculose, wenn der Kehlkopf in Ruhe ist. H. ist im Stande, zwischen der Heiserkeit bei Tuberculose einer- und bei Syphilis und Carcinom andererseits Unterschiede zu constatiren. Fibröse Degeneration in anderen Organen spricht für Syphilis, Carcinom oder Pachydermie. Für ein objectives Urtheil ist es nöthig, dass das Krankheitsbild nicht durch voraufgegangene Application von Causticis etc. oder Fortnahme von Gewebsstücken verändert ist.

Die objectiven laryngoskopischen Zeichen theilt H. ein in: Congestion der Kehlkopfschleimhaut und — vielleicht — verringerte Beweglichkeit des Stimmbands, Anschwellung, wenn nicht ausgesprochene Tumorbildung; Ulceration; Erscheinungen ausserhalb des Kehlkopfs, wie Drüsenschwellungen.

Nach H.'s Ansicht ist der Theil des Larynx, der reich an Drüsen und von Cylinderepithel bekleidet ist, am empfänglichsten für Tuberculose, die sich erst später per continuitatem auf die Plattenepithel tragenden Theile fortpflanzt: dagegen sind die Theile der Stimmbänder und Taschenbänder, die mit Plattenepithel bekleidet sind, am häufigsten Ursprungsstellen des Epithelioms. In den Frühstadien giebt daher schon der Sitz der Erkrankung einen gewissen Hinweis

für die Diagnose. Allen drei Erkrankungen ist gemeinsam, dass sie in Zellproliferation und Infiltration bestehen, die allmählich auch auf die inneren Muskeln des Kehlkopfs übergreifen und schliesslich Bewegungsbeschränkung einer oder beider Stimmbänder herbeiführen. Bei Tuberculose ist diese weniger ausgesprochen und persistent. Auch bei einfacher Pachydermie hat H. Fixation eines Stimmbandes beobachtet. Sonst kann die Bewegungsbeschränkung bei Anwesenheit eines ausgesprochenen Tumors dazu dienen, diesen als wahrscheinlich malignen von Papillomen oder sonstigen gutartigen Geschwülsten zu unterscheiden.

Uebergehend zu der Tumorbildung stellt H. die Ansicht auf, dass die Pachydermie mehr ein Krankheitssymptom als eine Krankheit an sich sei. Sie kann auf Syphilis, Tuberculose und Carcinom zurückgeführt werden. Die Diagnose auf Pachydermie allein genügt nicht. Zur Illustration bezieht sich H. auf den Fall Kaiser Friedrichs, wo Virchow auf Grund der Untersuchung eines herausgenommenen Stücks die Diagnose auf Pachydermie stellte.

Bei Besprechung der Ulcerationen drückt H. seine Ansicht aus, dass wenn tuberculöse Geschwüre im Larynx vorhanden sind, dies dafür spricht, dass bereits in der Lunge Cavernenbildung vorhanden ist. Er erwähnt bei Besprechung der mit multipler Erkrankung zu verwechselnden Geschwürsformen einen Fall, in dem eine ausgedehnte Ulceration der einen Kehlkopfhälfte der Sitz der Infection für eine infectiöse Endocarditis war.

Drüsenschwellung spricht für maligne Erkrankung, schliesst aber die Möglichkeit einer Tuberculose nicht aus; H. hat gefunden, dass wenn die Erkrankung in den Lungen zum Stillstand gekommen, im Kehlkopf jedoch wieder aufgeflackert ist, dass dann die cervicalen Lymphdrüsen inficirt werden, besonders wenn solch Kehlkopf einer activen Localbehandlung unterworfen wird.

H. weist dann auf Fälle von Combination von Tuberculose und Carcinom hin. Ist es gelungen, auf Grund der angegebenen Momente Tuberculose auszuschliessen und schwankt die Entscheidung zwischen Syphilis und Carcinom, so spricht die Wirkung grosser Dosen Jodkali für erstere Krankheit.

Bezüglich des Kehlkopfcarcinoms beschreibt H. eine Methode der Kehlkopfdurchleuchtung als differentialdiagnostisches Hülfsmittel, mittels der es möglich sein soll, eine bessere Ansicht von den unterhalb des Niveaus der Stimmlippen gelegenen Theilen zu erhalten, wo bei maligner Erkrankung bisweilen zuerst eine tiefe Infiltration auftritt. Von der Bedeutung des opsonischen Index für die Diagnose der malignen Kehlkopferkrankung hält H. zur Zeit nicht viel.

Zum Schluss weist H. auf die Wichtigkeit der laryngoskopischen Untersuchung im Frühstadium hin.

N. C. Haring (Manchester) betont die Bedeutung der Stimmbandfixation für die Diagnose maligner Erkrankung. Bei secundärer Syphilis zeigt der vordere Theil des Stimmbandes gewöhnlich mehr Congestion als bei Tuberculose oder Carcinom.

Herbert Tilley (London) berichtet über einen Fall von Tuberculose, der klinisch so dem Carcinom glich, dass die Thyreotomie gemacht wurde. Er ist nicht der Ansicht, dass die Berücksichtigung der Vertheilung des verschiedenen

Epithels im Larynx uns bei der Diagnose der Frühstadien maligner Erkrankung practisch fördert.

Dundas Grant (London) meint, dass die Einseitigkeit der Congestion als differentialdiagnostisches Merkmal nur für die Frühstadien der Tuberculose in Betracht kommt. Er erwähnt einen Fall von tuberculöser Geschwulst in der vorderen Commissur, der Schwierigkeiten für die Diagnose ergab. Bisweilen ist es von Bedeutung, eine eitrige Nasenaffection als Ursache für Erscheinungen am Kehlkopf, die der Tuberculose ähnlich sind, besonders in der Arytänoidregion auszuschliessen.

William Hill (London) spricht zu Gunsten der von Horne befolgten klinischen Methode. Jodkali hält er für ein ungenügendes diagnostisches Hilfsmittel.

Scanes Spicer (London) meint ebenfalls, dass Horne's Methode die Methode der Zukunft für die Differentialdiagnose sei. Er hält die malignen Geschwülste, die den Kehlkopf von aussen her ergreifen, für häufiger als man glaubt.

H. S. Birkett (Montreal) erwähnt, dass in Amerika sich das Tuberculin als diagnostisches Mittel sehr bewährt hat, besonders in den Fällen, die nur Hyperämie des einen Stimmbandes ohne Anzeichen in den Lungen zeigen.

W. S. Syme (Glasgow): In den Frühstadien der Syphilis ist die Färbung der Kehlkopfschleimhaut purpurn, während sie in den Frühstadien der Tuberculose mehr rosa ist.

Adoph Bronner (Bradford) erwähnt das Vorkommen eines diffusen Fibroms des Stimmbandes bei alten Leuten, das bisweilen Schwierigkeiten für die Diagnose bieten kann. Bei der Tuberculinprobe muss man stets auf eine Schwellung gefasst sein, die die Tracheotomie nöthig machen kann.

J. B. Ball (London) spricht zu Gunsten des Jodkali als differentialdiagnostisches Mittels. Es giebt Fälle, in denen zuerst die Syphilis und andere, in denen zuerst die Tuberculose ausgeschlossen werden muss.

Watson Williams (Bristol) erwähnt Fälle, in denen weder Tuberculose noch Syphilis auszuschliessen war. Tritt in der Schwerbeweglichkeit des Stimmbandes in Folge Ruhe Besserung ein, so spricht das für Tuberculose.

George Jackson (Liverpool): **Die relative Häufigkeit von Caries der oberen und mittleren Muschel und des Siebbeins und die Bedeutung der Nasenuntersuchung in allen Fällen mit Symptomen von Schwerhörigkeit und Schwindel und Halsaffectionen nebst einigen therapeutischen Bemerkungen.**

J. mahnt, vermehrte Aufmerksamkeit der oft übersehenen Siebbeinerkrankungen zuzuwenden. Wenn er auch die Bezeichnung „nekrotisirende Ethmoiditis“ nicht gut gewählt findet, kann er doch im Wesentlichen die Angaben von Woakes bestätigen. In 50 pCt. seiner Fälle von Mittelohrerkrankung fand er Siebbeinaffectionen.

Scanes Spicer (London) räth ebenfalls zur Behandlung der Nasenaffectionen in Fällen von Ohrenklingen und anderen Ohrensymptomen.

Bronner (Bradford) zollt zwar den Arbeiten von Woakes ebenfalls Beifall, glaubt aber, dass sie nach dem neuesten Stand unserer Kenntnisse nicht völlig zutreffen.

Watson Williams demonstrirt stereoskopische Projectionsbilder, betreffend einige Punkte in der Anatomie und chirurgischen Behandlung der Nasennebenhöhlen.

Er zeigt unter anderen Illustrationen von Stirnhöhlenoperationen nach Killian und Delsaux und einer von ihm selbst angegebenen Methode.

Stuart Low (London): Submucöse Turbinectomie.

Die Operation bezweckt eine Verkleinerung der vergrösserten unteren Muschel ohne Verletzung der dieselbe bedeckenden Weichtheile. Die Operation ist auch auf die mittlere Muschel anwendbar. Der Redner beschreibt die Details des Eingriffs, der auch unter Localanästhesie ausgeführt werden kann.

William Hill (London) glaubt nicht, dass die Operation allgemein anwendbar ist.

Jobson Horne (London) meint gleichfalls, dass die Zahl der für diese Operation geeigneten Fälle sehr klein sei; er hat übrigens Angaben über das Verfahren bereits vor 8 oder 9 Jahren gefunden.

Watson Williams (Bristol) ist ebenfalls der Meinung, dass die Operation nur selten indicirt ist; in der Mehrzahl der Fälle von Hyperplasie der unteren Muschel sind die Weichtheile verdickt und nicht der Knochen.

Robert Fullerton: Eine Geschwulst, die von der rechten Tonsille entfernt und als Teratom angesehen wurde.

Es werden Zeichnungen und mikroskopische Präparate demonstrirt.

Eugene S. Yonge (Manchester): Beobachtungen über die Ursachen des Entstehens von Nasenpolypen.

Die Frage der Aetiologie fällt zusammen mit der Frage nach der Ursache dafür, dass ein kleiner Theil der Nasenschleimhaut ödematös wird. Y. ist auf Grund seiner Untersuchungen, über die er kürzlich ausführlich in einer Monographie berichtet hat, zu dem Resultat gelangt, dass das locale Oedem der Nasenschleimhaut, das das erste Stadium der Polypenbildung darstellt, eine seröse Gewebsinfiltration ist, das Resultat einer Circulationshemmung an dieser Stelle und zwar besonders der periglandulären Venen und Capillaren; die Ursache dieser Gefässobstruction wieder besteht in der cystischen Dilatation der Schleimdrüsen oder genauer der Drüsenausführungsgänge.

Watson Williams (Bristol) kann den Theorien Yonge's nicht zustimmen. Er betrachtet die Polypen als Resultat einer Verlegung der Lymphgefässe innerhalb eines beschränkten Bezirks der Schleimhaut, als einer entzündlichen Ver-

änderung in Folge Infection, kurz einer infectiösen Lymphangitis mit Verlegung der Gefässe analog der Elephantiasis. Ist die Gefässverlegung nur vorübergehend, so kann das Oedem verschwinden, ist sie andauernd, so bildet sich ein Polyp. Im Laufe der Zeit greifen in Folge der excessiven Lymphversorgung verschiedene hypertrophische Veränderungen in dem Polypen Platz. Der infectiöse Process, der, wenn die Mucosa ergriffen wurde, zur Polypenbildung führte, verursachte auch entzündliche Veränderungen am Knochen. Die Vorgänge in der Mucosa und dem darunter liegenden Knochen sind gleichzeitig und nicht von einander abhängig.

W. spricht dann von den Polypen, die sich in dem ödematösen Gewebe bilden, das durch aus den Siebbeinzellen kommenden Eiter veranlasst wird. Es giebt aber viele Infectionen, bei denen die Nasenschleimhaut in Mitleidenschaft gezogen wird, ohne dass Eiterungen vorhanden sind (z. B. Masern) und es scheint so, als ob der einzelne grosse Polyp, den man bisweilen findet und der in jahrelangem Wachsthum sich gebildet hat, sich im Anschluss an einen weit zurückliegenden infectiösen Process gebildet hat.

J. B. Ball (London) unterscheidet drei als Vorläufer der Polypenbildung zu betrachtende Zustände: Katarrhalische Zustände, Niesparoxysmen, Nebenhöhleneiterungen; bei den meisten Fällen treffe die eine oder andere dieser drei Kategorien zu.

William Milligan (Manchester) hält die Lymphgefässtheorie von William für zutreffend; gegen Yonge's Annahme, dass die Polypen in Folge Irritation der Schleimhaut entständen, spreche der Umstand, dass sie sich niemals bei Tabakschnupfern fänden.

Mackenzie Johnston meint, dass die Theorie Watson Williams' sich auf eine grosse Anzahl von Fällen anwenden lasse. Die von Yonge an Katzen gemachten Versuche hätten darum keinen grossen Werth, weil die Untersuchung der Nase bei der Katze während des Lebens schwierig sei und wir nicht wissen, wie die klinischen Bedingungen seien. Jobson Horne.

V. Briefkasten.

Verein süddeutscher Laryngologen.

Fünfzehnte Versammlung zu Heidelberg am Pfingstmontag.

Programm.

Vorstandssitzung: 7. Juni, 6 Uhr Nachmittag.

Am Sonntag, den 7. Juni d. J., findet ein Bierabend und Begrüssung der Theilnehmer und ihrer Damen von Abends 8 Uhr ab in der Stadthalle statt. Herr Professor Killian wird vortragen: „Eine wissenschaftliche Reise in Nord-Amerika" mit Projectionsbildern.

Der Verein ladet hierzu die Mitglieder der Deutschen otologischen Gesellschaft, der Deutschen laryngologischen Gesellschaft, sowie die übrigen Theilnehmer ganz ergebenst ein.

Am **Montag**, den 8. Juni, um 8 Uhr Vormittags in der Stadthalle: Beginn der wissenschaftlichen Sitzung.

Nach Erledigung der Geschäftssitzung und der unten verzeichneten Vorträge und Demonstrationen wird um 2 Uhr Mittags ein Festessen im Grand Hôtel die Theilnehmer und ihre Damen vereinigen. Vorausbestellung der gewünschten Couvertzahl wird an Herrn Professor Jurasz erbeten.

Nach dem Festessen findet ein Ausflug in die nächste Umgebung Heidelberg's statt.

Für den Abend erbitten sich Herr und Frau Prof. Jurasz das Vergnügen, die Mitglieder und ihre Damen in ihrem Hause, Kaiserstrasse 7, von 8 Uhr ab als ihre Gäste begrüssen zu dürfen.

Vohsen,	Jurasz,	Blumenfeld,
I. Schriftführer.	Localcomité.	Schriftführer.

Tagesordnung der Geschäftssitzung.

Der Vorstand des Vereins stellt einen Antrag auf Aenderung der Statuten und bringt ihn gemäss § 7 hiermit zur Kenntniss der Mitglieder:

§ 1 der Statuten erhalte folgende Fassung:

Der Verein Deutscher Laryngologen bezweckt die wissenschaftliche und persönliche Annäherung der Specialisten für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkrankheiten. Er vertritt die wissenschaftlichen und socialen Interessen der Laryngologen. Die Sitzungen finden einmal jährlich statt; der Ort und die Zeit werden in der vorhergehenden Sitzung bestimmt.

Kassenbericht.
Wahl dss Vorstandes.
Neuaufnahmen.

Angemeldetete Vorträge und Demonstrationen.

1. Herr Neugass (Mannheim):
   Kleinere rhinologische Mittheilungen.
2. Herr Katz (Kaiserslautern):
   Partielle Synechie der Stimmbänder nach Trauma.
3. Herr Killian (Freiburg i. Br.):
   Die Nasennebenhöhlen bei Scharlach.
4. Herr von Eicken (Freiburg i. Br.):
   Unsere Erfahrungen über Complicationen bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.
5. Herr Brünings (Freiburg i. Br.):
   a) Ueber Lichttherapie bei acuten Nebenhöhlenempyemen.
   b) Beiträge zur submucösen Fensterresection.
   c) Ueber die Beleuchtungsprincipien endoskopischer Rohre.
6. Herr Manasse (Strassburg i. E.):
   Zur Pathologie und Therapie der malignen Nasenhöhlengeschwülste.
7. Herr O. Körner (Rostock):
   Analogien zwischen den Vagus-Recurrens- und Oculomotorius-Lähmungen.
8. Herr Veis (Frankfurt a. M.):
   Gumma der Nebenhöhlen der Nase.
9. Herr Guyot (Genf):
   Tumorartige Tuberculose der Nase und der Kieferhöhle.

10. Herr Starck (Karlsruhe):
    Demonstrationen.
    Tumor des Sinus frontalis.
11. Herr Goris (Brüssel):
    a) Radicale Operation eines beginnenden Sarkoms der Nasenscheidewand.
    a) Operation primärer Tuberculose der Mandeln.
12. Herr Lindt (Bern):
    Rhinologische Mittheilungen.
13. Herr Schäfer (München):
    Demonstration eines Operationsstuhles für die Sprechstunde der Laryngo-Otologen.
14. Herr F. R. Nager (Basel):
    Demonstration von Nasenrachentumoren.
15. Herr Nadoleczny (München):
    Zur Therapie der lacunären Angina.
16. Herr Kahsnitz (Karlsruhe):
    Beiträge zur Inhalations-Therapie.
17. Herr Jurasz (Heidelberg):
    Beiträge zur Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberculose.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, Juli. 1908. No. 7.

I. Rückblicke auf den I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

Der in der Mainummer des Centralblatts erschienene kurze Bericht über die soeben stattgehabte Versammlung ist weit davon entfernt geblieben, ein auch nur annähernd erschöpfendes Bild von den Leistungen und der Bedeutung des Congresses zu geben. Mit Schwierigkeit einigen spärlichen freien Augenblicken abgerungen, mit Mühe und nur auf Kosten der Vollständigkeit — namentlich was die Berichterstattung über die letzten Sitzungen anbetrifft — noch rechtzeitig abgeschlossen, hat er nicht mehr als die äusserlichen Umrisse des Congresses und auch diese nur in flüchtigen Linien zu zeichnen vermocht. Hinsichtlich der gesammelten Erfahrungen und der Lehren, welche sich für die weitere Entwickelung unserer Specialität ergaben, ist er so gut wie Alles schuldig geblieben.

Diese Erfahrungen, diese Lehren verdienen es aber, festgehalten zu werden. Sie sind manchem von uns nicht nur erfreulich, sondern auch überraschend gekommen und haben eine ziemlich resignirte Stimmung wenn nicht in übertriebene Hoffnungsfreudigkeit, so doch in die Ueberzeugung verwandelt, dass es sich verlohne, ja dass es Pflicht sei, auf dem als richtig erkannten Wege weiter zu wandeln und für die Weiterentwickelung unserer Specialität in dem Sinne des ersten halben Jahrhunderts ihres Bestehens weiter zu kämpfen. Betrachtungen dieser Art sind die folgenden Ausführungen gewidmet.

Dass der Congress ein wirklicher internationaler war, geht aus der Mitgliederliste und aus den in der Mainummer gegebenen näheren Daten hervor. Auffallend und bedauerlich war nur das fast vollständige Ausbleiben unserer Collegen aus den Vereinigten Staaten. Erinnert man sich, dass während der ersten 25 Jahre des Bestehens der Laryngologie Wien ganz besonders für die amerikanischen Fachgenossen die hohe Schule war, auf der dieselben ihre specialistische Bildung genossen, und weiss man, wie leicht die Amerikaner reisen, so erscheint ihr Fernbleiben doppelt befremdend. Vermuthlich ist an erster Stelle der Umstand dafür verantwortlich zu machen, dass in der ersten Hälfte des Mai die Jahresversammlung der American Laryngological Association stattfand, dass dieselbe zum ersten



Mal seit dem Bestehen der Gesellschaft auf canadischen Boden abgehalten wurde, und dass es schwer möglich gewesen wäre, den Besuch beider Veranstaltungen mit einander zu vereinigen. Auch dürfte es vielen amerikanischen Collegen unmöglich gewesen sein, sich um diese Jahreszeit für längere Zeit von ihrer Praxis frei zu machen. Immerhin haben wir alle den fast gänzlichen Ausfall des amerikanischen Elements sehr bedauert.

Was den Rest der Welt anbetrifft, so war die Laryngologie aller Culturstaaten stattlich vertreten, und unter den Anwesenden gewahrte man die Träger der klangvollsten Namen in unserer Specialität. Wir stehen davon ab, einzelne Namen zu nennen: die Mitgliederliste legt beredtes Zeugniss für den durchaus internationalen Charakter der Versammlung ab.

Und gearbeitet ist worden, dass es eine Freude war! — Ich kenne sehr wohl das alte Sprüchwort vom Eigenlob. Aber es muss doch constatirt werden, dass weder der Reiz der schönen Stadt und ihrer künstlerischen, architectonischen und landschaftlichen Anziehungskräfte, noch die uns durch die charmante Wiener Gastfreundschaft gebotenen vielen Feste dem Ernst und der Länge unserer Arbeitszeit Eintrag gethan haben. Wann immer zwischen 9,30 und 1 Uhr Vormittags, zwischen 2,30 und 5 Uhr Nachmittags man in den Sitzungssaal trat, so fand man ihn gefüllt und die Hörenden emsig auf die Worte des jeweiligen Redners lauschend. Wenn wir trotzdem, und obwohl von der zweiten Hälfte des Congresses an die jedem einzelnen Redner in der Discussion zugebilligte Zeit durch einmüthigen Beschluss auf fünf Minuten herabgesetzt worden war, unser Programm nicht völlig erledigen konnten, so ist dies auf verschiedene Umstände zurückzuführen.

In erster Stelle darf nicht vergessen werden, dass volle acht Jahre verflossen waren, seit die letzte wirkliche internationale laryngologische Zusammenkunft stattgehabt hat. Denn der Madrider Congress war von den Laryngologen nur sehr schwach, der Lissaboner so gut wie gar nicht besucht. So war die Möglichkeit, neuere Ergebnisse vor ein internationales Tribunal zu bringen, lange Zeit versagt gewesen, und es war nur natürlich, dass unter diesen Umständen Anmeldungen privater Vorträge ganz ausnahmsweise zahlreich einliefen. Standen doch schliesslich fast 90 solche Vorträge auf dem Programm. Wäre nichts weiter zur Verhandlung gekommen als diese Vorträge, so wären bei den 36 Stunden der totalen Sitzungsdauer (6 Stunden täglich vom Dienstag bis zum Sonnabend inclusive) etwa 23 Minuten auf jeden einzelnen Vortrag und die sich an denselben anschliessende Discussion gekommen, gewiss eine recht knapp bemessene Zeit.

Aber ganz abgesehen davon, dass der Tod unseres Altmeisters L. v. Schrötter die zu Gebote stehende Zeit durch die Vertagung nach seinem Ableben und durch die Theilnahme des gesammten Congresses an seiner Beerdigung um mehrere Stunden verkürzte, schränkte ein anderer Umstand dieselbe weit beträchtlicher ein. Ich spreche natürlich von den allgemeinen Referaten und den sich an dieselben anschliessenden Discussionen.

Dass allgemeine, von dem vorbereitenden Comité ausgewählte Discussionen über zur Zeit im Vordergrunde des Interesses stehende wissenschaftliche und

Standesfragen das Rückgrat solcher Zusammenkünfte bilden müssen, ist allerseits anerkannt, und dass den einleitenden Vorträgen bei diesen Discussionen längere Zeit zugestanden werden muss, als privaten Mittheilungen, ebenfalls. Aber ein gewisses Maass muss auch hierbei eingehalten werden, um nicht die knapp zugemessene Gesammtzeit über Gebühr in Anspruch zu nehmen. Das war dieses Mal von einigen der Referenten nicht genügend berücksichtigt worden und gab Anlass zu berechtigten Beschwerden. Wenn zwei Referate über einen und denselben Gegenstand — und fast alle allgemeinen Discussionen wurden ja von zwei Referenten eingeleitet — eine Stunde und 40 Minuten in Anspruch nehmen, während die ganze Dauer der betreffenden Sitzung nur $2^1/_2$ Stunde beträgt, so ist das des Guten entschieden zu viel! Die Aufmersamkeit erlahmt, die Zuhörenden sehnen sich nach dem Ende der Referate, diejenigen, die in der Discussion sprechen wollen, sehen ihre Chancen mehr und mehr schwinden, und die Verfasser privater Vorträge, welche nach dem Schluss der allgemeinen Discussion angesetzt sind, sehen voraus, dass sie entweder gar nicht oder nur in grösster Kürze zu Wort kommen werden, und fühlen sich in ihren Rechten beeinträchtigt. Diesen Gefühlen ist denn auch wiederholentlich lebhafter Ausdruck gegeben worden, und auf sie ist der Antrag zurückzuführen, der in der Schlusssitzung mit allgemeiner Zustimmung angenommen wurde, dass die officiellen Referate in Zukunft der Zeitersparniss wegen vor der Verhandlung den Mitgliedern gedruckt zugestellt werden sollen, um deren zeitraubende Vorlesung zu vermeiden, und dass die Referenten nur am Schlusse der Discussion das Schlusswort haben sollen.

Die Annahme dieses Antrages bedeutet eine sehr erhebliche Verbesserung in den Einrichtungen unserer internationalen Zusammenkünfte. Wie oben gezeigt, betrug die totale Sitzungsdauer bei dem Wiener Congress 36 Stunden. Während desselben fanden 6 allgemeine Discussionen statt, die von 10 Referenten eingeleitet wurden. Angenommen, dass jeder derselben nur eine halbe Stunde für sein Referat in Anspruch genommen hätte, so wären 5 Stunden, also nahezu der siebente Theil der im Ganzen zur Verfügung stehenden Zeit von den Referenten consumirt worden. In Wirklichkeit aber war die betreffende Zeit beträchtlich länger — man darf wohl sagen: 7—8 Stunden, d. h. etwa der fünfte Theil der Gesammtheit! — Bei der enormen Zahl der angemeldeten Privatvorträge, von denen sehr viele gar nicht zu Gehör kamen, liegt es auf der Hand, was die durch den neuen Modus einzuführende Zeitersparniss besagen will! —

Aber dieser Modus hat noch einen anderen grossen Vortheil. Selbst für Zuhörer, die mit der Sprache, in welcher ein längeres Referat abgefasst ist, vollständig vertraut sind, ist es immer wünschenswerth, den Inhalt des Referats schon vorher zu kennen, um diejenigen Punkte herauszugreifen, auf welche der Referent selbst das grösste Gewicht legt, und welche vorwiegend den Gegenstand der folgenden Discussion bilden sollten. Dies gilt aber noch in viel höherem Maasse für Angehörige anderer Nationen, denen die Sprache, in welcher das Referat abgefasst ist, gar nicht oder nur wenig geläufig ist, und welche dem Redner nur mit Schwierigkeit oder überhaupt nicht folgen können, während ein vorgängiges Studium des im Druck vorliegenden Referates ihnen das Verständniss bedeutend erleichtern würde. Denn es ist, wie ich aus Erfahrung weiss, etwas sehr verschie-

denes, englisch gesprochen zu hören, oder es zu lesen, und das gilt auch für viele andere Sprachen.

Die Erwähnung der Sprachenfrage bringt mich auf zwei weitere Punkte, die bei dieser Gelegenheit Erwähnung verdienen.

Der erste derselben betrifft die Erleichterung des Verständnisses, die bei einem mehrsprachigen Congress dadurch angebahnt würde, wenn es für die Annahme jedes Referats und jedes privaten Vortrags zur unabänderlichen Bedingung gemacht würde, dass der Verfasser mehrere Monate vor Abhaltung des Congresses einen kurzen Auszug aus seinem beabsichtigten Beitrag an den Generalsecretär einzusenden habe, damit dieser Auszug in die anderen Congresssprachen übersetzt und in diesen, wie in der Originalsprache vor Beginn des Congresses gedruckt und bei Eröffnung des Congresses sämmtlichen Theilnehmern eingehändigt werden könne.

Der Vorschlag ist kein neuer. Er ist vor nicht weniger als 27 Jahren bei Gelegenheit des Londoner internationalen medicinischen Congresses thatsächlich ausgeführt und allseitig mit grosser Dankbarkeit aufgenommen worden. Wie sehr er damals das Verständniss erleichtert hat, wird den Theilnehmern des Congresses wohl noch in lebhafter Erinnerung sein.

Gegen ihn dürften nur zwei ernstliche Einwürfe gemacht werden können: einmal die Kostenfrage der Uebersetzung und Drucklegung der Abstracte, zum zweiten die dem vorbereitenden Comité dadurch aufgebürdete Vergrösserung seiner Mühewaltung. Beide sind gewiss nicht zu unterschätzen: wenn sie aber überwunden werden können, wie sie es in London, Dank der unermüdlichen Energie unseres damaligen Generalsecretärts, des verstorbenen Sir William Mac Cormac wurden, so dürfte der Dank aller Theilnehmer und die erhöhte wissenschaftliche Leistungsfähigkeit wohl für die mit dem Vorschlage verbundenen Mehrkosten und vergrösserte Arbeitslast reichlich entschädigen.

Der zweite, mit der Sprachenfrage in Zusammenhang stehende Punkt ist die sehr delicate Erwägung: in welcher Sprache die Referate gehalten werden sollten, welche die allgemeinen Discussionen einleiten? —

Als bei Gelegenheit des eben verflossenen Congresses mein Freund Lermoyez das ihm anvertraute Referat in deutscher Sprache hielt, wurde dies von der grossen Majorität der Theilnehmer, welche bei diesem Congresse dem deutschen Sprachkreise angehörte, als ein graziöses Compliment aufgenommen und beifälligst begrüsst; als ich späterhin das mir übertragene Referat in englischer Sprache verlas, wurde ich von den verschiedensten Seiten privatim darüber interpellirt, warum ich nicht in meiner Muttersprache vorgetragen habe: es seien ja nur verhältnissmässig so wenige Engländer und fast gar keine Amerikaner gegenwärtig, und ich würde von der grossen Mehrzahl der Anwesenden viel besser verstanden worden worden sein, wenn ich deutsch gesprochen hätte.

Wenn ich im Folgenden meine Gründe für meine Wahl vorbringe, so wünsche ich vorauszuschicken, dass ich bereitwilligst zugebe, dass die Ansichten über diese Frage mit gutem Recht völlig auseinandergehen mögen. Alles hängt davon ab, in welchem Lichte man die Einladung betrachtet, die Einleitung einer allgemeinen Discussion zu übernehmen.

Sieht man dieselbe als ein rein persönliches Compliment an, das dem Aufgeforderten erwiesen wird, so lässt sich gewiss nichts dagegen einwenden, wenn derselbe es — falls er dies kann — damit erwidert, dass er in der Sprache der Wirthe vorträgt. Fasst man die Einladung aber in dem Sinne auf, dass der Aufgeforderte, wenn auch theilweise auf Grund persönlicher Qualification, doch hauptsächlich als Vertreter eines Culturstaats erwählt worden ist, ein Referat zu übernehmen, so ergiebt sich daraus m. E. für ihn die Verpflichtung, seine Rede in der Sprache des Landes zu halten, das er vertreten soll, vorausgesetzt natürlich, dass die betreffende Sprache zu den Congresssprachen gehört.

Aus diesem Grunde habe ich in Wien mein Referat in englischer Sprache gehalten, und bei weiterem Nachdenken über die Frage muss ich gestehen, dass mir der von mir eingenommene Standpunkt als der richtige für solche Gelegenheiten erscheint. Bei einem internationalen Congressse muss vor allem Bedacht darauf genommen werden, so sehr wie möglich den internationalen Charakter zu wahren, so viel als möglich bei allen öffentlichen, socialen und wissenschaftlichen Gelegenheiten alle Länder zu berücksichtigen, nicht ein Land oder eine Sprache auf Kosten der anderen hervortreten zu lassen. Jeder, der einmal in einem vorbereitenden Comité für derartige internationale Veranstaltungen gesessen hat, wird mir bezeugen, mit welcher geradezu ängstlichen Sorgfalt über diesen Punkt gewacht wird. Er wird bei der Auswahl der Referenten, bei den Reden, die bei öffentlichen Festen zu halten sind, bei der Wahl der Ehrenpräsidenten, bei den Tafelordnungen — genug bei allen Gelegenheiten, wo irgend welche internationale Eifersüchteleien entstehen könnten, in erster Stelle berücksichtigt. Und mit vollem Recht! — Denn unsere internationalen Zusammenkünfte sollen, wie es die Wiener war, durchaus freundschaftliche sein, frei von chauvinistischen Reibungen und Beschwerden, jedermann sein Recht gebend! —

Da ist es denn nur billig, wie mir scheint, dass jede der Congresssprachen zu ihrem Rechte kommt. Wäre es möglich, so wäre es gewiss schön, dass jedermann in seiner eigenen Sprache redete. Ich sympathisire durchaus mit den Collegen, die Ländern angehörig, welche Tüchtiges für unsere Wissenschaft geleistet haben, sich einer anderen als ihrer Muttersprache bedienen müssen, um ihre Gedanke der Versammlung vorzutragen. Aber: e duobus malis minus eligendum est — dieser medicinische Grundsatz muss auch bei diesen internationalen Gelegenheiten gelten. Wir können die zulässigen Sprachen nicht über die drei gegenwärtig allgemein adoptirten Congresssprachen: deutsch, französisch, englisch ausdehnen, ohne einander noch unverständlicher zu werden, als dies schon jetzt vielfach der Fall ist, und ohne den Zweck unserer Zusammenkünfte mehr oder minder illusorisch zu machen. Das, meine ich, muss auch von den Vertretern nationaler Ansprüche zugegeben werden. —

Innerhalb des gesteckten Rahmens aber sollte jede der officiellen Congresssprachen zu ihrem Rechte kommen. Der zufällige Umstand, dass die jeweilige Majorität der Theilnehmer einem bestimmten Sprachenkreis angehört, darf die anderen Congresssprachen nicht völlig verbannen. Und zu einer solchen, fast völligen Verbannung der englischen Sprache seitens der Vortragenden wäre es

auf dem Wiener Congress gekommen, wenn auch ich wie Lermoyez mein Referat in deutscher Sprache erstattet hätte, da, abgesehen von demselben, nur ein einziger Vortrag — derjenige Mr. Tilley's — in englischer Sprache gehalten wurde. Ich hoffe, ich werde allgemeine Zustimmung finden, wenn ich sage, dass eine solche Verbannung nicht nur dem internationalen Charakter dieser Zusammenkünfte direct zuwiderläuft, sondern auch die berechtigten Interessen der Minorität beeinträchtigt. Ich bin immer dagegen gewesen, dass die einen alles, die anderen gar nichts haben sollen, und nachdem die deutsche Sprache bei dem Wiener Congresse mehr als den Löwenantheil gehabt hatte, war es sicherlich nur recht und billig, dass der Vertreter Grossbritanniens das ihm anvertraute Referat in englischer Sprache hielt. Es steht zu hoffen, dass auf weiteren Congressen in geichem Sinne verfahren werden wird.

Aber wenn ich so der Befolgung internationaler Principien das Wort rede, so verkenne ich nicht, dass man auch in diesem Punkte zu weit gehen kann. Und ich stehe nicht an zu bekennen, dass man in dem Wunsche: allen Ländern Höflichkeiten zu erweisen, in einer Beziehung meiner Ansicht auch auf dem Wiener Congresse zu weit gegangen ist, nämlich in der Besetzung der Ehrenpräsidenturen! —

Das Institut der Ehrenpräsidenturen hat schon früher wiederholentlich (vgl. Centralblatt I, S. 77 und XVI, S. 418) zur Unzufriedenheit Veranlassung gegeben. Bald ist eine unverhältnissmässig grosse Anzahl von Ehrenpräsidenten vorgeschlagen, bald sind solche der Versammlung einfach octroyirt worden. Bei einer Gelegenheit wurde eine ganze Anzahl von Collegen, die nie daran gedacht hatten, überhaupt zu dem betreffenden Congress zu kommen, vom vorbereitenden Comité kurzweg zu Ehrenpräsidenten ernannt, während die Wahl anderer eine nichts weniger als glückliche war. Bei dem Wiener Congresse hatte man das Princip befolgt, für jeden der vertretenen Staaten einen Ehrenprädidenten zu ernennen und jeden der Ehrenpräsidenten thatsächlich präsidiren zu lassen, so dass, da nur 10 Sitzungen stattfanden und 19 Ehrenpräsidenten ernannt worden waren, in den meisten Sitzungen sich zwei oder selbst mehr Ehrenpräsidenten in das Präsidium einer und derselben Sitzung zu theilen hatten.

Nun ist gewiss die Courtoisie anzuerkennen, mit der man jeden der vertretenen Staaten zu ehren wünschte, und wäre jeder derselben durch einen oder mehrere allgemein bekannte Fachgenossen vertreten gewesen, so würde sich gegen den gewählten Modus wenig haben einwenden lassen, ausser dass es doch etwas hart gegen die jüngeren distinguirten Laryngologen sei, dass dieselben bei solchen Gelegenheiten, wenn nur ein Repräsentent für jedes Land gewählt wird, immer wieder hinter älteren Repräsentanten ihres Landes zurückstehen müssen, die man kaum übergehen kann! —

In Wirklichkeit aber lag die Sache anders. Wenn man auch in Wien in der Mehrzahl der vertretenen Länder die Wahl unter mehreren oder selbst vielen bekannten Fachgenossen hatte, und in anderen wenigstens ein nicht völlig unbekannter Vertreter aufzutreiben war, so traf auch dies auf eine ganze Reihe der vertretenen Länder nicht zu, und so erlebten wir das Schauspiel, dass in der Reihe der Ehrenpräsidenten neben einer Anzahl der bekanntesten Laryngologen

sich eine Anzahl von Namen fanden, deren Träger literarisch und anderweitig der Majorität der Theilnehmer völlig unbekannt waren, die in ihrer Heimath, soviel wir wissen, durchaus keine hervorragende Stellung einnehmen, und von denen wiederum einige anscheinend die drei Congresssprachen nicht genügend beherrschten, um, wenn dies nothwendig wurde, präsidentiell in die Verhandlungen eingreifen zu können! —

Selbstverständlich ist dies kein Vorwurf gegen die betreffenden Herren Collegen: es ist ein Einwand gegen das gewählte System! — Mit dem Namen „Ehrenpräsident“ verbindet jedermann die Vorstellung, dass der Träger dieses stolzen Titels persönlich etwas geleistet haben muss, das ihn zur Führung desselben berechtigt, und für die Mehrzahl der gewählten traf dies unzweifelhaft zu. Wenn aber mit demselben Titel eine nicht unbeträchtliche Minorität nur aus dem Grunde beehrt wird, weil jedes Mitglied dieser Minorität aus einem Lande stammt, das sich politischer Unabhängigkeit erfreut, wenn es auch nie etwas für die Laryngologie geleistet hat, und wenn de facto die blosse an das Comité gelangende Mittheilung, dass ein einzelner Laryngologe aus einem bisher nech nicht vertretenen Lande bei dem Congresse anwesend sei, genügt, um denselben nunmehr sofort zum „Ehrenpräsidenten“ zu ernennen, während eine grosse Anzahl weltbekannter und hochverdienter Männer gegenwärtig ist, denen diese Ehre nicht zu Theil wird, so erscheint mir das in der That als eine reductio ad absurdum des ganzen Instituts!*). —

Will man dasselbe überhaupt beibehalten, so scheint mir immer noch der Modus der beste, den ich im Jahre 1900 (vgl. Centralblatt XVI, S. 419) proponirt habe: „Angenommen, dass 10 Sectionssitzungen während der Dauer eines internationalen Congresses stattfinden, so präsidire der wirkliche Sectionspräsident in der ersten Sitzung. Für jede der übrigen 9 Sitzungen schlage das Bureau je einen Repräsentanten der thatsächlich vertretenen Culturländer, von welchem es weiss, dass derselbe wirklich zum Congress erscheinen wird, als Ehrenpräsidenten vor, wobei es aber der Section (resp. der Versammlung) selbst überlassen bleiben muss, die Wahl zu vollziehen, resp. aus der Mitte der Versammlung selbst weitere Vorschläge entgegenzunehmen, beziehungsweise andere Ehrenpräsidenten zu wählen. Dieser Modus giebt Jedem sein Recht, wahrt die Souveränetät der Section (resp. Versammlung) und beugt jeder berechtigten individuellen Unzufriedenheit vor“. Ob freilich „jeder berechtigten individuellen Unzufriedenheit“ durch die Befolgung dieses Vorgehens vorgebeugt werden wird, möchte ich nicht länger mit Bestimmheit behaupten. Wird nur „je ein Repräsentant“ der vertretenen Culturländer zum Ehrenpräsidenten gewählt, so ist es, wie ich schon oben angedeutet habe, natürlich, dass jederzeit der älteste, resp. in der officiellen Hierarchie

*) Nicht zu übersehen ist übrigens auch, dass durch die Befolgung des in Wien befolgten Modus von dem Congresse selbst unabsichtlich ein ganz falscher Eindruck in den Vaterländern der so zufällig zu der Auszeichnung der Ehrenpräsidentur Gelangten geschaffen wird. Das Publicum in diesen Ländern und die Aerzte derselben können kaum wissen, dass die Auszeichnung nicht der Person, sondern dem Lande galt, und so mag jemand mit einem Nimbus nach Hause kommen, zu dessen Erreichung er weiter nichts gethan hat, als einen Congress zu besuchen! —



am höchsten stehende Repräsentant des betreffenden Landes zu dieser Ehre ausersehen wird, und es wäre jüngeren, wissenschaftlich gleich hoch oder sogar höher stehenden Repräsentanten desselben Landes nicht zu verdenken, wenn sie bei steter Wiederholung dieses Vorganges schliesslich unmuthig darüber würden, dass ihnen eine Ehre versagt bleibt, auf die sie durch ihre Leistungen einen moralischen Anspruch haben. Wird dies aber von der Versammlung selbst empfunden und werden, um nicht den verdienten Senior zu kränken, zwei oder selbst mehrere Repräsentanten eines und desselben Landes zu Ehrenpräsidenten erwählt, während die Repräsentation anderer Länder dementsprechend eingeschränkt wird, so ist vorauszusehen, dass dies zu Unzufriedenheit unter den Angehörigen derselben führen wird. Kurz — in allgemein befriedigender Weise scheint die Frage auf diesem Wege kaum zu lösen.

Aber ist es denn nothwendig oder selbst nur wünschenswerth, das Institut der Ehrenpräsidenten überhaupt beizubehalten? — Je mehr ich über diese Frage nachdenke, um so weniger scheint mir dies erforderlich. Ich habe es immer als eine Anomalie empfunden, dass der Präsident eines Congresses oder einer Section, der mit dem Generalsecretär zusammen Jahre hindurch die Hauptlast der Mühen der Vorbereitung zu tragen gehabt hat, der besser als irgend ein anderer weiss, wieviel Arbeit während der Dauer des Congresses zu leisten ist, und der demgemäss die Thätigkeit der Versammlung sowie die Länge der einzelnen Discussionen am besten zu reguliren im Stande ist, im Augenblick des Beginens der eigentlichen Verhandlungen, nur um einer internationalen Höflichkeit zu genügen, für Collegen Raum zu machen hat, die nicht das Geringste von dem Geschäftsgang wissen und nicht selten nicht sprachkundig genug sind, um erforderlichen Falles thatkräftig in eine dreisprachige Discussion einzugreifen! —

Die natürlichste Lösung der Frage scheint mir die, dass der durch das Vertrauen seiner eigenen Landsleute auf seinen Posten berufene Präsident des Congresses thatsächlich den Vorsitz bei den Verhandlungen führt, und dass im Falle seiner gelegentlichen Verhinderung die Versammlung für jede solche Sitzung einen stellvertretenden Präsidenten ohne Rücksicht auf Nationalität und auf Anciennität erwählt. Auf diese Weise wird ihr die Gelegenheit geboten, individuelles Verdienst international zu ehren, und dies entspricht, wie mir scheint, am würdigsten dem Geiste internationaler Zusammenkünfte! —

Felix Semon.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

a. Aeusserer Hals, obere Luftwege.

1) **J. A. Hammar. Ueber die Natur der kleinen Thymuszellen.** *Arch. f. An. (u. Phys.). H. 3/4. S. 83. 1907.*

Die Thymuslymphocyten gleichen den Blutlymphocyten darin, dass sie ein basophiles Protoplasma besitzen. Die Thymuslymphocyten besitzen amöboide Beweglichkeit. Dieselbe ungemeine Empfindlichkeit den Röntgenstrahlen gegenüber, die die sonstigen Lymphocyten des Körpers auszeichnet, kommt auch den Thymuslymphocyten zu. Auch wenn die Lymphocyten der Thymus durch Röntgenbestrahlung zerstört werden, tritt eine Randschicht hervor, bezw. nimmt das Organ ein epitheliales Gefüge an: Die Epithelzellen sind also nicht durch Umwandlung der Lymphocyten („der kleinen Thymuszellen") gebildet, sondern sind lediglich durch Rareficirung der Lymphocyten blossgelegte Reticulumzellen.

I. KATZENSTEIN.

2) **D. N. Platon** und **A. Goodall. Die Wirkung der gleichzeitigen Entfernung von Thymus und Milz bei jungen Meerschweinchen. (The effect of simultaneous removal of thymus and spleen in young-Guinea-pigs.)** *Proc. R. Soc. Edinburgh. Vol. 25. p. 389.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

I. KATZENSTEIN.

3) **Carl Hart** (Schöneberg-Berlin). **Ueber Thymuspersistenz und apoplectiformen Thymustod nebst Bemerkungen über die Beziehungen der Thymuspersistenz zur Basedow'schen Krankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13 u. 14. 1908.*

Bezugnehmend auf zwei selbst beobachtete Fälle von Thymustod bei einem 2jährigen Kinde und einem 29jährigen Manne mit persistirender Thymus bespricht Autor die einschlägige Litteratur und die verschiedenen Theorien zur Erklärung des Thymustodes. Er lässt die Compressionstheorie nur mit gewissen Einschränkungen gelten und neigt — namentlich bei Erwachsenen — mehr der Anschauung Svehla's zu, nach der „die vergrösserte Thymus eine gesteigerte und pathologisch veränderte Function ausübe und durch Störung innerer Secretionsvorgänge zum plötzlichen Tod durch Autointoxication führe." Hart weist ferner auf die relative Häufigkeit von persistirender, hyperplast. Thymus bei Basedowkranken hin, insbesondere bei Herztod Basedowkranker, und verbreitet sich in spekulativen Erörterungen eingehend über die Wechselbeziehungen zwischen Thymus und Schilddrüse, sowie über die pathologischen Folgeerscheinungen, die bisweilen zu einem apoplectiformen Exitus führen. Da diese Erörterungen sich zu kurzem Referat nicht eignen, muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

4) **Nannotti. Entwickelungsanomalien im Gebiete der Kiemenspalten mit Persistenz von Thymusläppchen. (Anomalie di sviluppo nel campo delle fessure branchiali con persistenza di lobuli timici.)** *Sperimentale. II. p. 298. 1906.*

Bei einem mehrere Monate alten Kind fanden sich: Hasenscharte, Deformation beider äusseren Ohren, ferner zwei rothe drüsenähnliche Wucherungen in der seit-

lichen Halsregion im Niveau des Zungenbeins; diese Wucherungen secernirten eine schleimige Flüssigkeit. Nachdem sie abgetragen waren, fand man in ihnen Knötchen von der charakteristischen histologischen Structur der Thymus. Verf. schliesst daran Betrachtungen über die Entstehung der Kiemengangfisteln und Cysten.

FINDER.

5) **Nieddu Semidei. Lymphadenitis cervicalis pharyngealen Ursprungs. (Linfoadeniti cervicali d'origine faringea.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. Januar 1908.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die Arbeiten, denen wir die Kenntnisse über die von den Gaumentonsillen und der Rachenmandel zu den Halsdrüsen führenden Lymphwege verdanken (Wood, Chierici, Grober). Er bespricht dann besonders die acuten Drüsenentzündungen, deren Symptomenbild wir als Pfeiffer-sches „Drüsenfieber" kennen. Verf. hat im Gegensatz zu den übrigen Autoren diese Krankheit auch bei Erwachsenen beobachtet und zwar erreichte in diesen Fällen die primäre Lokalisation der Infection — meist handelte es sich um Streptokokken — in der Rachentonsille deutliche Symptome; auch gelang es postrhinoskopisch, die Eiterung der Tonsille nachzuweisen. Zum Schluss werden die Complicationen, unter denen als wichtigste secundäre Complication die Tuberculose gerechnet werden muss, besprochen. Bei der Behandlung der Lymphoadenitis hat sich dem Verf. am wirksamsten die Röntgenbehandlung erwiesen.

FINDER.

6) **P. Fredet. Branchiales Epitheliom des Halses. (Epitheliome branchial du cou.)** *Soc. anat. de Paris. 21. Februar 1908.*

7) **Labey. Branchial-Epitheliom des Halses. (Epitheliome branchial du cou.)** *Ibidem.*

8) **P. Duval** und **M. Chevassu. Branchial-Epitheliom des Halses. (Epitheliome branchial du cou.)** *Ibidem.*

Fredet entfernte ein Epitheliom, das das sternale Ende des Sternocleidomastoideus einnahm, der Parotis und Schilddrüse adhärirte. Er musste die Carotis interna und externa unterbinden, sowie die Carotis communis und die Jugularis, ein Stück des Pneumogastricus und der Schilddrüse reseciren. Pat. starb am 4. Tage nach der Operation unter cerebralen Erscheinungen infolge der Ligatur der Carotis. Der Tumor war ein lappiges Epitheliom.

Im Fall von Labey musste die Resection der V. jugularis interna gemacht werden; es handelte sich um ein Epitheliom vom Typus des Rete Malpighi.

Im dritten Fall war ebenfalls die Resection und Ligatur der Carotis communis, der A. spinalis, der Parotis und der Submaxillaris ausgeführt. Pat. erlitt 18 Stunden nach der Operation eine Hemiplegie, die 16 Stunden später zum Exitus führte. Es handelte sich um einen Plattenepithelkrebs.

A. CARTAZ.

9) **Ferraton. Pseudo-Adenophlegmone der Submaxillardrüse. (Faux adenophlegmon sous-maxillaire.)** *Société de médecine militaire française. März 1908.*

Unter obigem Namen bezeichnet Verf. die Anschwellung der Submaxillardrüse infolge endzündlichen Verschlusses des Wharton'schen Ganges, die häufig

als Adeno-Phlegmone imponirt. Die Einseitigkeit der Affection, der Nachweis eines harten Stranges auf dem Mundboden, der dem obstruirten Gang entspricht, die schnelle Heilung nach Massage oder auch einfach Ausspülungen der Mundhöhle erleichtern die Diagnose.

GONTIER de la ROCHE.

10) J. C. Oliver. **Bericht über einen Fall von inoperablem Sarkom des äusseren Halses, erfolgreich mit Coley'schem Toxin behandelt. (Report of a case of inoperable sarcoma of the neck treated successfully with Coley's toxines.)** *Lancet-Clinic. 11. Januar 1908.*

Verf. spricht die Ansicht aus, dass 10 pCt. der inoperablen Fälle durch die Anwendung von Coley's Serum gerettet werden könnten.

EMIL MAYER.

11) H. Caboche (Paris). **Rolle der Nasenschleimhaut in der Pathogenie des Gesichtslupus. (Rôle de la muqueuse pituitaire dans la pathogenie du lupus de la face.)** *Presse médicale. 27. September 1907.*

Der Gesichtslupus ist immer nasalen Ursprungs. Nur sehr ausnahmsweise kann man eine directe Erkrankung der Haut annehmen. Am häufigsten bestehen vorher oder gleichzeitig in der Nase Läsionen specifischer oder zweifelhafter Natur, insofern Verf. auch die Rhinitis atrophicans als tuberculös anspricht.

Die Ausbreitung der Erkrankung geschieht auf dem Lymphwege bis zu den Drüsen, die mit der Nasenschleimhaut zusammenhängen. Das würde die gewöhnliche Topographie der an den Drüsenpunkten auftretenden Lupusknötchen erklären.

GONTIER DE LA ROCHE.

12) Richez. **Die Behandlung des Lupus mit Röntgenstrahlen. (Du traitement du lupus par la radiothérapie.)** *Dissert. Lille 1905.*

R. behandelte 20 Lupusfälle, die sich hauptsächlich auf Nase und Wange localisirten, mit Röntgenstrahlen und constatirte 2 mal vollständige Heilung; die übrigen Fälle stehen noch in Behandlung und zeigen Besserung.

OPPIKOFER.

13) J. Poras (Czernowitz). **Ein Fall von primärem Lupus der Schleimhäute.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 525. 1907.*

Verfasser beschreibt einen Fall von Lupus der Schleimhäute bei sonst gesundem 13jährigen Mädchen. Es handelt sich um die Schleimhäute der Nase, des Rachens und des Kehlkopfeingangs und zwar um Bildung kleiner knötchenartiger Efflorescenzen und grösserer solider Infiltrate; später traten einzelne kleine Geschwürchen (Nase) und grössere, confluirende, seichte Geschwüre (rechter Aryknorpel) sowie derbe Narbenstränge mit frischer Infiltration hinzu. In den mikroskopischen Präparaten fanden sich keine Tuberkelbazillen, wohl aber Riesenzellen. Unter Currettage und Milchsäurebehandlung trat Heilung ein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

14) F. Siebenmann (Basel). **Lupus pernio der oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 177. 1907.*

Unter den von einer Allgemeinerkrankung des Organismus abhängigen Affectionen der Nase, des Pharynx und des Larynx wird zum ersten Male vom Verf. der Lupus pernio beschrieben. Derselbe gehört nach Ansicht des Verf.

sehr wahrscheinlich zu den tuberculösen Erkrankungen; er muss aber trotz seiner histologischen Aehnlichkeit mit milder, nicht zur Nekrose neigender Form der Tuberculose zu den sog. Tuberculiden gezählt werden, da Tuberkelbazillen bisher auf keine Art nachgewiesen werden konnten und die Tuberculinreaction in der Regel negativ ausfällt. — Die Affection charakterisirt sich durch das Auftreten von umschriebenen oder offenen, sich allmählich ausdehnenden und sich später blauroth färbenden, tumorartigen, derben, schmerzlosen Infiltraten der Haut und zwar der Cutis in den tieferen Lagen und der Subcutis. In der Regel geht die Affection vom Gesicht, Nase — Ohr, ausnahmsweise auch von den Händen aus, symmetrisch und gleichzeitig sich einstellende, mild verlaufende Knochen- und Gelenkerkrankungen der Hände fehlen selten und oft erscheinen im weiteren Verlauf am Stamm oder Extremitäten strang- oder kettenförmig angeordnete Knötchen, die ursprünglich in der Subcutis liegen, später aber in die tiefen Hautschichten wachsen. Allmählich wird meist das ganze Gesicht ergriffen, enorm verdickt und gerötet. Es sind Fälle von spontaner Heilung der ganzen Affection beobachtet worden; partielle Involutionen einzelner Knoten und die Knochenaffectionen gehören zur Regel. Die Patienten werden durch das Leiden wenig belästigt. In einzelnen Fällen erstreckt sich die Beobachtung auf mehr als 10 Jahre. Es handelt sich meist um Erwachsene männlichen Geschlechts. Während die wenigen ausführlichen Beobachtungen meist ausdrücklich betonen, dass die Nasenschleimhaut dabei intact bleibe, bringt Verf. Beschreibung und Abbildungen eines Falles, bei welchem Mundschleimhaut, Nase, Rachen und Kehlkopf in typischer Weise an der Erkrankung sich betheiligen. — Aus der ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichte ist besonders hervorzuheben:

1. Die aussergewöhnlich starke Entwickelung des Prozesses im Gesicht mit der auffallend hochgradigen ödemartigen Infiltrirung der Augenlider.

2. Die gewaltige Ausbreitung über Stamm und Extremitäten in Form von einfachen oder gefässähnlich sich verästelnden cutan — subcutan liegenden Tumorketten.

3. Das Fehlen von oberflächlichem Zerfall der Haut.

4. Die knorpelharte Consistenz der Tumoren.

5. Das Verschontbleiben von Ober- und Unterlippe ähnlich wie beim Gesichtserysipel.

6. Die vorübergehende locale Involution sämmtlicher Knoten infolge einer Streptokokkeninfection und eines Gesichtserysipel's mit nachfolgendem Wiederauftreten des Prozesses in früherer Form und Stärke.

7. Die Haut- und Schleimhautprocesse traten fast gleichzeitig auf.

8. Das makroskopische Bild der cutan - subcutanen Hauttumoren stimmt durchaus überein mit dem der mucös-submucös liegenden Schleimhautinfiltrate.

9. Alle Volumschwankungen der Tumoren bis zu gänzlichem Verschwinden und später Zurückfallen in den alten Zustand traten auf Körperoberfläche und Schleimhäuten hervor.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

15) **Dorendorf** (Freiburg i. B.). **Ueber die äussere Untersuchung der oberen Luftwege.** *Med. Klinik. 13. 1908.*

In einem Vortrage bespricht Dorendorf eine Reihe von Krankheitszeichen,

die Fingerzeige für die Diagnose geben können, lediglich durch die äussere Besichtigung des Kranken, durch die Betastung, durch die Beachtung gewisser Abweichungen seiner Stimme, seiner Sprache, seines Hustens. SEIFERT.

16) **O. Chiari** (Wien). **Die Bedeutung der histologischen Untersuchung für die Diagnose des Carcinoms der oberen Luftwege.** *Festschrift für Prof. Dr. Hans Chiari. Wien 1908.*

Es wird die histologische Untersuchung eines exstirpirten Stückchens als nothwendiger Behelf der Diagnose in den meisten Fällen angerathen, weil diese Probeexstirpation ohne Schaden für den Patienten ist, wenn die radicale Operation sofort nach der histologischen Untersuchung vorgenommen wird.

Der Uebergang einer gutartigen Neubildung durch eine Probeexstirpation in eine bösartige ist bis jetzt nicht erwiesen (vergl. S. 12 Felix Semon's Sammelforschung 1899).

Der positive Ausfall der histologischen Untersuchung ist beweiskräftig, wenn der Histologe verlässlich ist und das exstirpirte Stück tief genug reicht. Endlich ist die histologische Untersuchung ein Schutz für den Ruf des Operateurs, da die zur radicalen Ausrottung der Krebse in den oberen Luftwegen nöthigen Operationen oft lebensgefährlich sind.

In der Casuistik wird ein Fall von gutartigen Papillomen des Kehlkopfs beschrieben, welche erst nach 6 Jahren in Krebs übergingen.

Ein Fall von Geschwür mit Wucherungen in der Epiglottis, welches ähnlich wie Krebs aussah, wurde von einem jungen Assistenten als Krebs erklärt. Chiari fand in den Präparaten nur Pachydermie und schloss auch aus dem Auftreten eines anderen isolirten Herdes im Kehlkopfe Krebs aus. Antisyphilitische Allgemeinbehandlung brachte prompte Heilung.

2 weitere Fälle zeigen, dass langsam verlaufende Krebse des Kehlkopfs erst 4 resp. 6 Jahre nach Beginn des Leidens histologisch diagnosticirt werden konnten.

Den Schluss bildet ein Fall von Geschwür des Zungengrundes, welches nach antisyphilitischer Behandlung theilweise heilte, bald aber histologisch als Carcinom erkannt wurde. CHIARI.

17) **J. E. Mac Kenty. Trichinose der oberen Respirationswege nebst Bericht von Fällen. (Trichinosis of the upper respiratory passages with report of cases.)** *American Medicine. Februar 1908.*

Die Diagnose ist in sporadischen Fällen sehr schwierig; sie beruht auf der multiplen Myositis, Gesichtsödem, besonders an den Augenlidern, in schweren Fällen typhöser Zustand, Eosinophilie und Leukocytose, vor allem auf dem Nachweis von Trichinen in den Muskeln. In zwei der mitgetheilten Fälle war das Oedem so hart, dass infolge Asphyxie das Leben bedroht wurde. EMIL MAYER.

18) **George Bacon Wood. Die Aetiologie der Tuberculose der oberen Luftwege. (The etiology of tuberculosis of the upper respiratory tract.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Verf. bespricht die Rolle, die den Tonsillen als Eintrittspforten für In-

fectionen zukommt. Bei den Tonsillen mehr als irgendwo sonst im Organismus hängt die Invasion der Keime nicht so von dem mechanischen Hindernis von seiten des Gewebes als von der relativen Virulenz des Keimes ab. Weil der Streptococcus die Tonsille inficiren kann, folgt darum noch nicht, dass auch der Tuberkelbacillus dies könne. Aus seinen Untersuchungen von Tonsillen, die von an Lungenphthise gestorbenen Personen herrührten, folgert Verf., dass die hyperplastischen Tonsillen resistenter gegen die tuberculöse Infection seien als die kleinen, in denen nur wenig lymphatisches Gewebe ist, jedoch bezeichnet er selbst seine Beobachtungen als zu unzulänglich, als dass man allgemeine Schlüsse daraus ziehen könnte.

EMIL MAYER.

19) **Sendziak** (Warschau). **Ueber den Zusammenhang von Störungen in den oberen Luftwegen mit Krankheiten des Urogenitalapparates.** *Med. Klinik. 9. 1908.*

Zusammenstellung aller in der Litteratur niedergelegten Beobachtungen, ohne wesentlich Neues zu bringen.

SEIFERT.

20) **Wilh. Plönier** (Wiesbaden). **Die Reizerscheinungen des Kehlkopfes und der Speiseröhre bei den Krankheiten des Magens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 361.*

Verf. stellt seine einschlägigen Beobachtungen, die an einem sehr grossen Krankenmaterial gemacht sind, zusammen. Die Reizerscheinungen im Halse, wie Druck- oder Kugelgefühl, Brennen im Halse, Hustenkitzel, Gefühl von Schwellung im Halse, Kribbeln und Kratzen im Kehlkopf u. a. m., oder Erscheinungen gleichzeitig im Hals und in der Speiseröhre sind bei Magenkranken viel häufiger, als die nur auf die Speiseröhre beschränkten Reizerscheinungen.

F. KLEMPERER.

21) **A. Schoenemann** (Bern). **Casuistische Mittheilungen aus der Privatklinik.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 538.*

1. Gestieltes, baumnussgrosses Angioma simplex des weichen Gaumens; intermittirende Blutungen aus dem Munde; hochgradige Anämie. 2. Ulcus der mittleren Muschel bei Ozaena simplex, mit beginnender carcinomatöser Degeneration der Ulcusränder. 3. Schnell wachsendes Sarkom der rechten Tonsille im Beginn eine Diphtheria faucium vortäuschend. 4. Narbiges auf lupöser Grundlage entstandenes Diaphragma zwischen Pharynx und Epipharynx. Stenose des Aditus laryngis durch narbige Contracturen.

F. KLEMPERER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **H. Liebmann. Das Rhinophym und seine chirurgische Behandlung.** *Dissert. Leipzig 1906.*

Vorerst wird an Hand der Litteratur das Wesentliche über das Rhinophym im Allgemeinen und seine operative Behandlung im Besonderen erwähnt. Dann folgen die Krankengeschichten zweier von Professor Braun operirter Fälle. Die Anwendung der Localanästhesie mit Cocainsuprareninlösungen erweist sich bei den Rhinophymaoperationen geradezu als unentbehrlich, indem sie einerseits die

erschwerte Allgemeinnarkose ersetzt, andererseits ein Operiren fast ohne Blutung gestattet.

OPPIKOFER.

23) **Fabry** (Dortmund). **Zur operativen Behandlung des Rhinophyma.** *Dermat. Zeitschr. XV. Bd. 5. H. 1908.*

Ausser den 8 in der Dissertation von Pottgiesser (s. d. Blatt 1901, S. 6) mitgetheilten Fällen, deren Krankengeschichten Fabry kurz mitttheilt, kommen noch 4 weitere, bisher nicht publicirte Fälle, welche den guten Erfolg der von ihm eingeleiteten Behandlung erweisen, die im Wesentlichen in der Abtragung der Protuberanzen mit dem Skalpell besteht. Nachbehandlung mit Salicylquecksilberpflaster mehrere Tage hindurch.

SEIFERT.

24) **W. Mannel. Ein Fall von Haemangioendothelioma perivasculare nasi.** *Dissert. Würzburg 1906.*

Nach einem Ueberblick über die malignen Tumoren der Nase kommt M. an Hand der vorhandenen Litteratur eingehend auf die Endotheliome zu sprechen und fügt dann seine eigene Beobachtung hinzu. Das wahrscheinlich vom Septum ausgehende Endotheliom war bei der 49j. Frau bereits so vorgerückt, dass der operative Eingriff von aussen vorgenommen wurde. Die Stirnhöhlen und die Siebbeinzellen erwiesen sich bei der Operation als gesund. $2^1/_2$ Monate nach der Operation kein Recidiv; über den spätern Verlauf fehlen Angaben.

OPPIKOFER.

25) **Hasslauer** (München). **Der Bakteriengehalt der Nase bei den Infectionskrankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Meningitis cerebrospinalis epidemica.** *Centralbl. f. Bakter. XLI. Bd. 6. H. 1906.*

Die Mehrzahl der mit dem Einathmungsluftstrom in die Nase gelangten Krankheitserreger wurde in den vorderen Abschnitten der Nase aufgehalten, während der Bakteriengehalt in den hinteren Abschnitten ein verhältnissmässig geringer war. Ein specifischer Erreger der genuinen wie secundären Rhinitis konnte nicht gefunden werden. Der Meningococcus findet sich nur bei Genickstarrekranken oder Gesunden aus nächster Nähe des Erkrankten, nicht aber bei Gesunden, die mit Erkrankten nicht zusammengekommen waren. Daraus geht hervor, dass der Meningococcus nur direkt von Mensch zu Mensch übertragbar ist und dass die Nase und der Mund die Eintrittspforte der Krankheitserreger sind.

SEIFERT.

26) **E. Klein. Ueber das Verkommen von Schweineseuchebakterien und diesen ähnlichen Bakterien in der Nasenhöhle des Schweines.** *Dissert. Giessen 1906.*

Im Nasenschleim von gesunden Schweinen aus durch Schweineseuche verseuchten und angeblich nicht verseuchten Beständen kommen Bacterien vor, die nach ihren morphologischen und biologischen Merkmalen als zur Gruppe der Bacterien der hämorrhagischen Septikämie gehörig gerechnet werden müssen. Diese im Nasenschleim gesunder Schweine nachweisbaren Bacterien zeigen gegenüber den Versuchsthieren des Laboratoriums eine schwankende Virulenz und werden weder nach einmaliger noch mehrmaliger Passage durch kleine Versuchsthiere für Schweine virulent. Diese Bacterien können deshalb, übereinstimmend mit den Resultaten von Beck und Koske, als eine für Schweine avirulente Art der

zur Gruppe der Bacterien der hämorrhagischen Septikämie gehörigen Mikroorganismen angesehen werden.

OPPIKOFER.

27) **Jonathan Wright. Ein nasales Sporozoon (Rhinosporidium Kinealyi). (A nasal sporozoon.)** *N. Y. Medical Journal. 21. December 1907.*

Es werden zwei Fälle angeführt. In dem Fall von Ellelt war die Geschwulst eine bewegliche papillomatöse Masse; Kinealy beschreibt „einen kleinen gefässreichen gestielten Tumor von der Grösse und Form einer Erbse, der in das Vestibulum der linken Nasenhöhle hineinragte. Er war frei beweglich, schmerzlos, vom Aussehen eines Papilloms und haftete mittels eines kurzen Stiels auf der Schleimhaut". Die pathologische Untersuchung in Ellelt's Fall ergab eine Protozoenerkrankung. Wright konnte bei der Prüfung der Präparate nur feststellen, dass der Organismus wahrscheinlich zu den Sporozoen gehört. Auf Grund unserer seitdem mächtig geförderten Kenntnisse von den Protozoen glaubt W. jetzt, dass es sich in den Fällen von Kinealy, Muichui, Fauthamm und Bealtic um denselben Microorganismus gehandelt habe, der bisher nur in Indien beobachtet wurde; in den 4 oder 5 mitgetheilten Fällen handelte es sich stets um Eingeborene des kleinen Staates Cochin an der Westküste.

In allen Fällen fand sich der Microorganismus im Granulationsgewebe nahe dem Vestibulum nasi, was die Vermuthung nahe legt, dass die Infection durch den Fingernagel geschehen sei. Das Gewebe ist mit kleinen weissen Pünktchen besät; bei schwacher Vergrösserung sieht man, dass es kleine kuglige, in das Granulationsgewebe eingebettete Cysten sind.

LEFFERTS.

28) **S. Levy. Ueber die Veränderungen der Nasenschleimhaut infolge von Reizwirkung. (Des modifications de la muqueuse nasale à la suite d'irritations.)** *Dissert. Nancy 1906.*

Auf die Nasenschleimhaut von 12 Meerschweinchen liess L. reizende Substanzen wie Jodtinktur, Terpentin, Ammoniaklösung, Formol, Menthol einwirken. Er constatirte bei der nun folgenden mikroskopischen Untersuchung mehr oder weniger schwere katarrhalische Veränderungen des Epithels bis zur vollständigen Zerstörung desselben.

3 Meerschweinchen, deren Nasenschleimhaut in derselben Weise experimentell geschädigt wurde, liess L. noch mehrere Wochen am Leben. Bei der darauf folgenden histologischen Untersuchung war das Epithel zum grössten Theil regenerirt.

OPPIKOFER.

29) **Enrico Mengotti** (Venedig). **Ueber einen typischen Fall von Asthma nasale. (Di un caso tipico di asma di origine nasale.)** *Archiv. Italiano di Otologia etc. II. 1908.*

41 jähriger Mann, der an Stirnkopfschmerz und Coryza leidet; seit einem Jahr fortschreitende Nasenverstopfung, Fremdkörpergefühl im Halse. Seit einem Jahre bestehen ferner Anfälle von Athemnot, die besonders Nachts auftreten, ihn zwingen, im Bett aufzusitzen. Es finden sich in beiden Nasenhöhlen Polypen, nach deren Entfernung Pat. keine Asthmaanfälle mehr bekommt; er ist jetzt seit 6 Monaten geheilt.

FINDER.

30) **H. Bourgeois** (Paris). **Nasaler Reflexhusten. (Toux nasale reflexe.)** *Progrès médical. 14. März 1908.*

Ein trockener rebellischer Husten trat bei einem robusten Mann auf. Nasenathmung gut; Auscultation ergiebt normalen Befund. Der Anfall kommt unter bestimmten Bedingungen: Durchgang durch ein erwärmtes Zimmer, Niederlegen etc.

Die Sondenuntersuchung ergiebt, dass es sich um einen Reflexhusten handelt, bedingt durch momentanes Aneinanderlegen der unteren Muschel und des Septums.

GONTIER de la ROCHE.

31) **Valentin. Ein Fall von nasaler Hydrorrhoe durch Elektrolyse geheilt. (Un cas d'hydrorrhée nasale guéri par electrolyse.)** *Nord médical. 21. Januar 1906.*

Die bei einer Frau im klimacterischen Alter aufgetretene Hydrorrhoe, die jeder Behandlung getrotzt hatte, heilte prompt auf Anwendung der Electrolyse.

A. CARTAZ.

32) **D. Braden Kyle. Chemismus des Speichels in Beziehung zum Heufieber. (Chemistry of saliva in relation to hay fever.)** *Journal of the American Medical Association. 3. August 1907.*

Verf. hat in 60 pCt. der Fälle nachweisen können, dass die locale Irritation in erster Linie bedingt wird durch eine Veränderung des Chemismus und der Resistenz der Secretion. Er theilt die 60 pCt. der Fälle folgendermassen ein:

1) Die Klasse, bei der die Secrete, wenn sie an der Oberfläche erscheinen, nicht reizend sind, jedoch eine chemische Umwandlung eingehen und Irritation hervorrufen.

2) Fälle, bei denen das Secret, wenn es an die Oberfläche gelangt, irritirend wirkt, ohne dass es eine chemische Umwandlung erleidet.

3) Wenn das Secret an die Oberfläche gelangt, so kommt es in Contact mit gewissem von aussen herbeigeführtem Material; bestimmte Secrete produciren beim Contact mit bestimmtem Material eine irritirende Substanz, daher der Ausdruck Rosenschnupfen, Heufieber etc.

Fälle mit Obstruction der Nase leiden gewöhnlich an einer schwereren Form. Excessive Alkalescenz hat grössere Irritation zur Folge, als excessive Acidität. Verf. berichtet über einen Fall, in dem excessive Mengen Sulfocyanid in dem Secret nachweisbar waren. Mit der Besserung des Allgemeinzustandes verschwand auch das Sulphocyanid und damit auch das Heufieber.

EMIL MAYER.

33) **Jacob E. Schadle. Die Highmorshöhle als ätiologischer Factor beim Zustandekommen des (sogenannten) Heufiebers. (The antrum of Highmore as an etiological factor in the production of hay fever [so-called].)** *N. Y. Medical Record. 25. Mai 1907.*

Verf. hat in der Zeit von 1904—1906 im Ganzen 91 Patienten mit Heufieber behandelt und dabei der Highmorshöhle besondere Aufmerksamkeit geschenkt. In einem Falle wurde der Patient ohne jeden Erfolg mit Dunbar'schem Serum behandelt; die Behandlung der Highmorshöhle hatte den Erfolg, dass nach 24 Stunden das Asthma verschwand; auf einer Geschäftsreise während der Heu-



fiebersaison 1906 erkrankte Patient wieder und wieder wurde ohne Erfolg die Serumbehandlung versucht, bis bei der Heimkehr durch Behandlung der Highmorshöhle wieder Heilung erzielt wurde. In Fällen, in denen ungewöhnlich entwickelte abnorme Mündungen der Highmorshöhle vorwiegen, waren die Resultate der Behandlung prompter und zufriedenstellender, als in solchen, wo Mündungen von abnormer Dimension weniger vorhanden waren, indem im ersten Fall die Einbringung von Instrumenten und Medicamenten leichter, im letzteren erschwert war.

Es wurde auch beobachtet, dass „Rosenschnupfen" oder „Heufieber", die seit einer oder zwei Saisons auftraten, der Behandlung leichter zugänglich waren, als Fälle, die schon seit vielen Jahren bestanden. Verf. führt dies darauf zurück, dass in den ersteren Fällen die Antrumschleimhaut noch keine tiefgehenden Veränderungen eingegangen war.

Bei 12 von den behandelten Patienten liessen die Erscheinungen nach $2\frac{1}{2}$ Wochen nach, während sie in früheren Jahren 6—8 Wochen lang gelitten hatten, bei allen übrigen verschwanden die Symptome in 8—10 Tagen. Die ersten Erscheinungen, die verschwinden, sind das Brennen und die anderen Störungen seitens des Auges, das Jucken in Hals und Ohren, schliesslich der Schnupfen und Ausfluss, zuletzt das Asthma und der Husten.

LEFFERTS.

34) **Hürlimann. Behandlung des Heufiebers. (Treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical Record. 25. Januar 1908.*

Während des Intervalls kann die Behandlung darin bestehen, dass die sensiblen Punkte in der Nase zerstört werden und da in vielen Fällen eine Form von chronischer Neurose besteht, so können Mittel zur Stärkung des Nervensystems angewandt werden. Während des Anfalles soll Pat. ein anderes Klima aufsuchen oder, falls dies nicht ausführbar, Palliativmittel anwenden. Das neueste Mittel ist trockene, heisse Luft; Verf. beschreibt eine Vorrichtung, mittels deren dem Pat. eine solche durch electrische Lampen heissgemachte Luft zugeführt wird. Pat. wird angehalten, durch die Nase zu inspiriren und durch den Mund zu expiriren.

LEFFERTS.

35) **Albrecht** (Halle). **Immunisirung gegen Heufieber durch Antitoxin und die beim Gebrauche des letzteren beobachteten Fälle von Anaphylaxie.** *Medic. Klinik. 18. 1908.*

Das Auftreten einer Ueberempfindlichkeit bei Pollantinverwendung und die Möglichkeit, mit vielfach verdünnten Pollantin fernerhin auszukommen, dürfte als prognostisch günstig und als Zeichen der beginnenden Heilung aufzufassen sein.

SEIFERT.

36) **Rangé. Einfluss des Höhenklimas auf den Heuschnupfen. (Influence de l'altitude sur le rhume des foins.)** *Congress f. Klimatotherapie und Städtehygiene Biarritz. April 1908.*

Verf. hat in einem Fall beobachten können, dass bei einer im vollsten Anfall unternommenen Reise die Erscheinungen nachliessen, sobald der Patient über

eine Höhe von 1000 m hinauskam, dass sie aber sofort in brüsker Weise wieder einsetzten, sobald der Patient auf 400—500 m hinabstieg.

Verf. ist geneigt, den Hauptgrund für diese Erscheinung in der Verschiedenheit der Vegetation in den verschiedenen Höhenlagen zu sehen: im Mai und Juni ist die Hauptzeit für die Grasblüthe in der Ebene, während zu dieser Zeit auf den Höhen die Gräser noch nicht blühen.

Verf. räth also den Heufieberkranken, den Attacken dadurch aus dem Wege zu gehen, dass sie zur Zeit, wo diese zu erwarten sind, sich in Gegenden begeben, wo die Vegetation um 2 Monate voraus oder zurück ist. GONTIER de la ROCHE.

37) **J. Dorner. Ein Fall von Rhinosklerom.** *Dissert. Würzburg 1905.*

Nach einer Uebersicht über die Geschichte und den gegenwärtigen Stand der Kenntnisse des Rhinoscleroms beschreibt D. aus der Würzburger dermatologischen Klinik seine eigene Beobachtung, die schon dadurch Interesse hat, als bis heute kein Fall von Rhinosclerom in Süddeutschland in der Litteratur bekannt geworden ist. OPPIKOFER.

38) **Rydygier. Behandlung des Rhinoskleroms mittelst Röntgenstrahlen. (Leczenie twardzieli nosa za pomoca promieni Rentgena.)** *Lwowski Tygodnik Lekarski. No. 2. 1908.*

Verf. beschreibt 2 sehr interessante Fälle, erstens Sclerom der Nase mit fast völliger Obstruction des Nasenlumens und zweitens Sclerom des Rachens mit bedeutender Stenose, wobei methodisch durchgeführte Behandlung mit Röntgenstrahlen einen ausgezeichneten Erfolg hatte. Im ersten Falle hat die Nasenhärte beträchtlich abgenommen, im zweiten Falle wurden die Kehlkopfinfiltrate bedeutend geringer und die stenotisehen Erscheinungen hörten fast gänzlich auf soweit, dass die Tracheotomiecanüle entfernt werden konnte. Die Stimme war klar und deutlich. Verf. räth sehr, in dieser schwierigen, hartnäckigen Krankheit diese Methode weiterhin anzuwenden. A. v. SOKOLOWSKI.

39) **Glas. Beiträge zur Pathologie der Nasenchondrome.** (Wiener Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1907.*

Beschreibung zweier solch seltener Fälle von Nasenchondromen. Die klinischen Beobachtungen sowie die histologischen Befunde lassen auf embryonale Anlage schliessen und reihen diese Tumoren somit quoad prognosim den malignen Geschwülsten der Nase an. HANSZEL-CHIARI.

40) **Ernst Althoff** (Strassburg). **Ueber Endotheliome der inneren Nase und der Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 220.*

Verf. ergänzt die bisherige spärliche Litteratur von 19 Fällen um weitere 3 eigene Fälle, deren genaue Krankengeschichten und histologischen Befunde wiedergegeben werden. Wie schon von Volkmann für die Mehrzahl der Fälle festgestellt, gehen auch diese 3 Tumoren von den Lymphgefässen bzw. Saftspalten aus und zeigen den für Endotheliome charakteristischen netzförmigen, plexiformen Bau. Die beiden ersten Fälle bestanden erst 4 Wochen resp. 2 Monate und waren bereits so stark entwickelt, dass die vorgenommene Operation die Tumormassen

nicht mehr entfernen konnte. Beide Patienten kamen zum Exitus. Im 3. Falle bestand der Tumor schon 3 Jahre. Anfangs machte er nur wenig Beschwerden; 11 Jahre nach dem ersten Auftreten wurde Pat. wegen desselben am linken Auge operirt. Danach soll er schneller gewachsen sein, sodass schliesslich das linke Auge nicht mehr geöffnet werden konnte und die Nase völlig verlegt war. Nach Probeexstirpation entzog sich P. der klinischen Behandlung und starb an dieser Krankheit einige Zeit später. Verf. glaubt an der Hand dieses Falles, der wohl durch Operation hätte gerettet werden können, in Uebereinstimmung mit Volkmann und Kirschner, nicht stets eine unbedingt üble Prognose beim Endotheliom stellen zu müssen, während Röpke 1904 auf der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte die Prognose der Endotheliome trotz frühzeitiger Operation als schlecht bezeichnet. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

41) **Alfred Denker** (Erlangen). **Zur Operation der malignen Nasengeschwülste.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 455. 1907.*

Die genauen Operationsgeschichten zweier maligner Tumoren (Endotheliom und Carcinom) der Nase erläutern die Vorzüge der im Jahre 1906 vom Verf. in der Münch. med. Wochenschrift (No. 20) publicirten neuen Operationsmethode für die bösartigen Geschwülste der Nase. Im Fall 1 war die faciale Wand, der grösste Theil der medialen Wand und die hintere Parthie des knöchernen Bodens der Kieferhöhle nebst dem angrenzenden Theil des Alveolarfortsatzes in dem Tumor aufgegangen. In dem 2. Fall war die ganze innere Kieferhöhlenwand zerstört und die äussere Wand ausserordentlich verdünnt; ausserdem fanden sich bei beiden Pat. grössere Defecte am Kieferhöhlendach, an der medialen Wand der Orbita, sowie am Boden der vorderen Schädelgrube in der Gegend der Lamina cribrosa. Verf. weist darauf hin, dass sein Verfahren, in Bezug auf die breite Freilegung des Operationsgebietes die gleichen Vortheile bietet, wie die bisher geübten grossen Voroperationen. Als besonderen Vorzug seiner Methode hebt er hervor die geringere Gefahr der Aspirationspneumonie und besonders den Wegfall jeglicher Entstellung. Die Nachprüfung der Strassburger Ohrenklinik hat ebenfalls gute Resultate geliefert. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

42) **William C. Braislin. Nasensarkom. Tumor von der unteren Muschel ausgehend; nachträgliche Vergrösserung der subcutanen Drüsen am ganzen Körper. (Sarcoma of the nose. Tumor springing from the lower turbinate. Subsequent enlargement of subcutaneous glands of the entire body.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Der Titel enthält den Inhalt. EMIL MAYER.

43) **Morestin** (Paris). **Epitheliom des inneren Augenwinkels, das sich auf die Nasenhöhlen ausbreitet; Exstirpation mit Entfernung des Bulbus. Vollkommene Heilung seit 3 Jahren. (Epithélioma de l'angle interne de l'oeil propagé aux fosses nasales, exstirpation avec ablation de l'oeil. Guérison maintenue parfaite après 3 ans.)**

Der Titel besagt den Inhalt. GONTIER de la ROCHE.



44) **Richard H. Johnston. Cyste des Nasenrachens. (Cyste of the naso-pharynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Es giebt zwei Arten von retropharyngealen Cysten: Die einen sind gewöhnlich klein und finden sich, von adenoidem Gewebe eingehüllt, am Dach des Nasenrachens; die anderen sind erheblich grösser und wichtiger, entspringen am Rachengewölbe oder den hinteren Enden der unteren Muscheln. Die erste Form ist verhältnissmässig häufig entsteht infolge Obliteration des Orificium externum der Bursa pharyngea unter dem Einfluss eines entzündlichen Processes; sie sind den Cysten der Gaumentonsillen analog. Die zweite Form nimmt ihren Ursprung von den seitlichen Residuen der Rachentonsille; hier bildet sich die Cyste durch Obstruction einer einzelnen Schleimdrüse, deren Ausführungsgang infolge eines entzündlichen Processes obliterirt wurde. Verf. berichtet einen Fall.

EMIL MAYER.

45) **Fédenat** (Montpellier). **Nasenrachenfibrome. (Fibromes naso-pharyngiens.)** *XX. Congress für Chirurgie. Paris, 7. bis 12. October 1907.*

Verf. empfiehlt die Ollier'sche Methode der Extirpation auf dem nasalen Wege, die er in 12 Fällen ausgeführt hat, als das beste Verfahren.

GONTIER de la ROCHE.

46) **N. B. Odgers. Ein Fall von Nasenrachenfibrom. (A case of retro-pharyngeal fibroma.)** *British Medical Journal. I. p. 1236. 1907.*

Es handelte sich um ein abgekapseltes Angiofibrom bei einer 31 jährigen Frau.

JAMES DONELAN.

47) **Braden Kyle. Myxofibrom des Nasenrachens. Bericht über einen Fall und Demonstration von Präparaten. (Myxofibroma of the nasopharynx; report of a case and exhibition of specimen.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Cfr. Bericht der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Washington, Mai 1907.

EMIL MAYER.

48) **Compaired. Neuer Fall von Nasenrachenepitheliom mit Ergriffensein des ganzen Gaumengewölbes und der Keilbeinhöhlen. (Nouveau cas d'épithéliome naso-pharyngien; invasion de toute la voûte palatine et des sinus sphénoidiens.)** *Archives internat. de Laryngologie. No. 4. 1907.*

Es musste das ganze Gaumengewölbe, der Vomer, ein Theil des Keilbeinkörpers und der Basilarpartie des Hinterhauptbeins entfernt werden. Nach einigen Monaten Recidiv.

BRINDEL.

49) **E. Frederich. Einige Operationen zur Entfernung maligner Tumoren des Nasenrachens. (Some operations for removal of malignant disease from the nasopharynx.)** *British Medical Journal. Vol. I. p. 485. 1907.*

Es werden zwei Methoden zur temporären Resection des Oberkiefers beschrieben, bei denen keine Störung in der Function des Orbicularis palpebr. auftritt und die sehr freien Zugang zum Nasenrachen gewähren.

JAMES DONELAN.

50) **L. Berliner** (Reinickendorf bei Berlin). **Zur Therapie der Angina. Eine Behandlung auf dem Wege durch die Nase mittels Protargolsalbe.** *Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1908.*

Die Beobachtung, dass bei Katarrhen der Nase und des Nasenrachenraumes ein permanenter Strom die Nasenrachenwand herunterfliesst, welcher durch die periodischen Schluckbewegungen gegen die Mandeln gepresst wird, veranlasste Autor zu dem Versuche, vom nasalen Wege aus die Angina mit Antisepticis anzugreifen, ein Versuch, der bei den verschiedenartigsten entzündlichen Affectionen des Rachens günstige Erfolge erzielte. Als Constituens wählte Autor die Salbenform, „weil das langsame Schmelzen des Constituens die Permanenz gewährleistet“. Von der Salbe reibt der Patient eine halberbsengrosse Portion in jedes Nasenloch ein und verreibt es an den Innenwänden. Bei Verschwinden des durch das beigefügte Menthol bedingten Pfefferminzgeschmackes im Gaumen wird die Procedur jeweils wiederholt. Auch bei acuten Rhinitiden wurde die Salbe mit Erfolg angewandt. Berliner empfiehlt folgende Formel: Rp. Protargol 1,5 solv. in aq. frig. 2,5 tere c. Lanolin 6,0 — adde Menthol 0,1, Saccharini 0,3, Vaselin. ad 15,0.

HECHT.

51) **Schütte** (Magdeburg). **Die Behandlung des Schnupfens mit „Risin-Salbe“.** *Fortschr. d. Med. 5. 1908.*

In der „Risin-Salbe“ sieht Verf. ein Mittel, welches bei der Bekämpfung des Schnupfens unschätzbare Dienste leistet, nicht nur um die so lästigen Symptome zu beseitigen, sondern auch um prophylaktische Wirkung zu erzeugen. Die Zusammensetzung der „Risin-Salbe“ ist folgende: Eucalyptol 0,5, Menthol 0,125, Anaesthesin 0,5, Adrenalin (1:1000) gtt. V., Lanol. anhydr. 2,5, Ung. acid. boric. 10 pCt. (c. Vasel. alb. parat.) ad 15,0. M. f. ung.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

52) **U. Zimmerl. Ueber die Vertheilung des elastischen Gewebes in der Mundhöhlenschleimhaut der Hausthiere. (Sulla distribuzione del tessuto elastico nella mucosa della cavità orale degli animali demestici.)** *Parma. Tip. Zerbini 1905.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

53) **Kretschmann** (Magdeburg). **Halsbeschwerden, verursacht durch Erkrankung der Drüsen des Mundbodens.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 104.*

Verf. stellt folgende Schlusssätze auf:

1. Für mannigfache Halsbeschwerden findet sich nicht selten als Ursache eine pathologische Veränderung der Speicheldrüsen des Mundbodens.

2. Die Veränderung ist meistenteils entzündlicher Natur, seltener handelt es sich um einfache Secretstauung.

3. Die Diagnose beruht auf Vergrösserung und Empfindlichkeit des Organs, welche sich mittels bimanueller Palpation leicht feststellen lässt.

4. Die wirksamste Behandlung der Erkrankung bildet die bimanuelle Massage des Mundbodens und der Drüsenkörper.

F. KLEMPERER.

54) **Bureau. Ein Fall von Melanodermie mit Pigmentation der Mundschleimhaut. (Un cas de mélanodermie avec pigmentation de la muqueuse buccale.)** *Gazette méd. de Nantes. No. 19. 1907.*

Auf der Schleimhaut des Gaumensegels und des Gaumengewölbes sowie auf der Magenschleimhaut fanden sich Pigmentflecken von fast schwarzer Beschaffenheit; man hätte an eine durch Morbus Addison bedingte Eruption denken können.

BRINDEL.

55) **Casanet. Gangrän des Mundes. (Gangrena do la boca.)** *Revista de especialidades médicas. Juni 1907.*

Verf. hat 2 proc. Methylenblau mit gutem Erfolg angewandt; die Schnelligkeit der Wirkung schreibt er dem Umstand zu, dass das Mittel weit in die Tiefe dringt, da es das Eiweiss nicht zum Gerinnen bringt. Ein anderer Vortheil besteht darin, dass es die Gewebe nicht zerstört und keine Narbenretractionen im Gefolge hat.

TAPIA.

56) **Max Scheier** (Berlin). **Ueber die Krankheiten der Mundhöhle bei Glasbläsern.** (Nach einem Vortrag in der Berliner laryngologischen Gesellschaft.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 472. 1907.*

Verf. berichtet zuerst über eine selten beschriebene und daher den Aerzten wenig bekannte Affection, die jedoch in 6—10 pCt. bei Glasbläsern vorkommt und nur wegen der meist geringen Beschwerden nicht zur Kenntnis des Arztes gelangt. Es handelt sich um eine durch das starke Aufblasen der Backen bedingte Luftgeschwulst der Parotis. Man findet in diesen Fällen eine Erweiterung des Ductus Stenonianus. Die Geschwulst ist meist einseitig, zuweilen nur durch eine kleine Andeutung von Anschwellung charakterisirt, zuweilen pflaumen- bis hühnereigross. Oft geht die Luft nur bei grösserer Anstrengung beim Blasen in die Parotis hinein, zuweilen aber auch bei jedem Blasen, sodass die Bläser, um ihre Arbeit fortsetzen zu können, alle 2—3 Minuten die Luft mit dem Daumen herausdrücken müssen. —

Hin und wieder sammelt sich die Luft nicht nur in der Parotisgegend selber, sondern auch in dem erweiterten Ductus parotideus an. Alsdann zieht von der Geschwulst vor dem Ohr parallel dem Jochbogen nach dem Mundwinkel hin eine längliche Schwellung, die am vorderen Rande des Masseter aufhört.

Bei der Percussion der Geschwulst hört man tympanitischen Schall, unter dem Finger fühlt man das Knistern des Hautemphysems.

Wenn auch im Anfange der Erkrankung die Beschwerden durch Schmerz und Spannung gross zu sein pflegen, so tritt wohl fast stets Gewöhnung ein und damit Erhaltung der vollen Erwerbsfähigkeit. — Die mit dieser Affection behafteten Arbeiter zeigen gewöhnlich verschieden grosse grau verfärbte Schleimhautpartien der Wangenschleimhaut, die mit Höllensteinverätzungen oder auch Plaques muqueuses Aehnlichkeit haben und aus starker Epithelwucherung mit Verhornung entstehen. Diese schnell entstehenden Verfärbungen verschwinden nach Aussetzen der Arbeit. —

Von grosser Wichtigkeit für die Hygiene der Glasbläser ist die Erfahrung,

dass die Syphilis bei ihnen stark verbreitet ist, und durch die bisher übliche gemeinsame Benutzung der Blasrohre von einem specifisch erkrankten Arbeiter auf eine grosse Reihe gesunder Leute leicht übertragen werden kann, und zwar umso leichter, als bei fast jedem Glasbläser kleine Fissuren und vor allem oft die epitheliale Erkrankung der Backenschleimhaut sich vorfindet. Auf diesem Wege sind schon öfters Syphilisepidemien zu Stande gekommen.

Auch die Tuberculose ist eine häufige Krankheit unter den Glasbläsern. Eine im Jahre 1891 veröffentlichte Statistik ergab 37,5 pCt. Todesfälle an Schwindsucht. — Zu Lungenemphysem giebt der Beruf keine Prädisposition.

Zum Schluss stellt Verf. die Forderung auf, Apparate, wie sie bereits in Frankreich (Clichy) in Gebrauch sind, zur mechanischen Bläserei mittels comprimirter Luft in unseren Glashütten einzuführen, zur Herabminderung der körperlichen Anstrengung, zum Schutz gegen die Gefahr der Syphilis und Tuberculoseübertragung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

57) **Robert Levy. Tuberculose des Mundes. (Tuberculosis of the mouth.)** *Laryngoscope. December 1907.*

Verf. unterscheidet nach den verschiedenen Erscheinungsformen der Erkrankung: miliare Infiltration, oberflächliche, tiefe oder perforirende Geschwüre, Knochennekrose, chronischen Abscess und Tumor; nach dem Entwicklungsmodus unterscheidet er „endogene“ und „ectogene“ (Grünwald), oder entsprechend der Classification von Holländer descendirende und ascendirende; je nach dem klinischen Verlauf unterscheidet er maligne und benigne Formen.

Die ectogene oder ascendirende Form, bei der es sich um Inoculation oder rein lokalen Erkrankungsmodus handelt, repräsentirt den weniger activen Typus, während die endogene oder descendirende Form, wo die Infection auf dem Blut- und Lymphstrom, durch miliare Depots oder Infection von entfernten Stellen aus zustande kommt, dem activeren, virulenten, malignen Typus entspricht.

Tuberculöse Läsionen an Zunge, Lippen, Zahnfleisch können eine Zeit lang bestehen, ohne dass Patient dessen gewahr wird, dies gilt selbst für ziemlich ausgedehnte Ulcerationen. In dieser Hinsicht unterscheiden sich diese Läsionen von denen des Pharynx und Larynx. Auch die Allgemeinsymptome können leicht sein, ausgenommen die schweren Fälle, wie man sie bei miliarer Infection findet. Diese sind charakterisirt durch den rapiden Verlauf der Läsionen, die sich auf den weichen Gaumen, die Tonsillen und die umgebenden Theile des Pharynx ausbreiten und mit Dysphagie, hohem Fieber, Abmagerung einhergehen.

Nicht jede Ulceration des Pharynx bei einem tuberculösen Individuum ist tuberculös. Aus diesem Irrthum erklären sich viele Fälle von berichteter Heilung.

Was den Nachweis der Tuberkelbacillen betrifft, so hat er nur Werth, wenn die Geschwürsoberfläche gründlich gereinigt und dann unter Cocain curettirt wird; das curettirte Gewebe wird dann zwischen Deckgläschen zu feiner Schicht verrieben. Auch kann ein Stückchen excidirt, geschnitten und auf Bacillen gefärbt werden.

Schlecht ist die Prognose bei Ulcerationen der Zunge, verhältnismässig gutartig können Ulcerationen der hinteren Rachenwand verlaufen.

Die besten Mittel sind locale Application von Cocain oder Orthoformpulver; auch können die Schmerzen durch Cauterisation und Curettage gemildert werden entsprechend der Annahme, dass die Schmerzen nicht so sehr auf das Freiliegen der Nerven, als auf die Entwicklung kleiner Neurome an den exponirten Nervenendigungen zurückzuführen sind. EMIL MAYER.

58) **Bégouin. Dermoidcyste des Mundbodens. (Kyste dermoide du plancher de la bouche.)** *Gazett. hebdom. des sciences médicales de Bordeaux. No. 17. 1907.*

Die Cyste sass in der seitlichen Region über dem Zungenbein; sie wurde von aussen exstirpirt und enthielt einen harzähnlichen Inhalt. BRINDEL.

59) **J. S. Wight. Postoperative Behandlung maligner Erkrankungen der Mundhöhle. (Postoperative treatment of malignant disease of the buccal cavity.)** *N. Y. Medical Journal. 3. August 1907.*

Verf. empfiehlt Injectionen von Carbolpetroleum (3—5 pCt.) in die Geschwulst. Er berichtet 3 Fälle; in 2 starben die Kranken aus anderen Gründen, ohne dass Recidiv eingetreten war, im dritten Fall war 5 Monate nach der Operation kein Anzeichen von Recidiv vorhanden. EMIL MAYER.

60) **F. Massei. Kürze des Frenulum linguae. (Brevità del frenulo della lingua.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. Mai 1908.*

Verf. bespricht die Symptome und Diagnose einer abnormen Kürze des Frenulum und erwähnt dabei die mannigfachen Erscheinungen, die man — oft mit Unrecht — geneigt ist, auf eine solche angeblich bestehende Anomalie zurückzuführen. Von den nach der Resection des Frenulum auftretenden Folgeerscheinungen bespricht er die Blutung und — was eintreten kann, wenn die Resection zu ergiebig gemacht wurde — die Aspiration der Zunge in den Rachen.

FINDER.

61) **Julius Flesch** (Wien). **Zur Neurologie der Zunge.** *Mit 1 Abbild. Münch. med. Wochenschr. No. 3. 1908.*

Nach eingehender Besprechung der Anatomie und Physiologie der Zungenmusculatur erörtert der Autor die Neuro-Pathologie der Zunge, die sich zu kurzem Referat nicht eignet. HECHT.

62) **Castells. Beziehung der Leukoplakia buccalis zur Syphilis. (Relaciones de la leucoplasia bucal con la sifilis.)** *Revista médica y cirurgia practicas. August 1907.*

Man muss von der specifischen Leukoplakia den Lichen planus und die einfache Leukoplakie trennen; vor Einleitung einer antisyphilitischen Behandlung ist daher eine aufmerksame Untersuchung nothwendig. TAPIA.

63) **John V. Shoemaker. Leukoplakia linguae.** *Canada Journal of Medicine and Surgery. Februar 1908.*

In den ersten Stadien kann Cauterisation Besserung herbeiführen; chemische Caustica verschlechtern den Zustand eher. Verf. empfiehlt ferner innerliche Dar-

reichung von Creosot mit Strychnin, Podophillin und Mundspülungen mit Borsäure, Creosot etc.

EMIL MAYER.

64) **Mautner. Vaccine am Zungenrand.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 18. October 1907.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 43. 1907.*

Die Autoinoculation dürfte in der Weise erfolgt sein, dass ein cariöser Backenzahn die Zunge lädirte und durch einen Finger von den juckenden Pusteln am Arm zum schmerzenden Zahn das Secret übertragen wurde. Differentialdiagnostisch kam ein venerisches Ulcus in Betracht.

CHIARI.

65) **Decréguy. Syphilitischer Schanker der Zunge, entstanden nach einer Zahnextraction bei einem 8jährigen Kinde. (Chancre syphilitique de la langue survenue après une extraction dentaire chez un enfant de 8 ans.)** *Revue de stomatologie. October 1907.*

Der Titel besagt den Inhalt.

A. CARTAZ.

66) **Sabouraud** (Paris). **Prognose der tuberculösen Zungengeschwüre. (Prognostic de l'ulcération linguale tuberculeuse.)** *La Clinique médicale. 3. Januar 1908.*

Verf. hält die Prognose nicht für so schlecht, wie man allgemein glaubt. Er theilt zwei Fälle mit, wo die Ulceration erfolgreich durch Application geeigneter localer Mittel behandelt wurde.

GONTIER de la ROCHE.

67) **Bonnet. Desquamationsflecken auf der Zunge. (Patches of desquamation on the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 16. November 1907.*

Unter den Bezeichnungen: Intertrigo lingualis, Lingua geographica, Epitheldesquamation der Zunge etc. sind nach Ansicht des Verf.'s eine Anzahl von Affectionen zusammengeworfen worden, die nur eine gewisse äussere Aehnlichkeit mit einander gemein haben. Klinisch bestehen zwischen ihnen erhebliche Unterschiede. Bei kleinen Kindern handelt es sich gewöhnlich um eine vorübergehende Erkrankung; in anderen Fällen ist das Leiden dagegen meist eminent chronisch. Was die Ursachen anbelangt, so führt Weill die Erkrankung auf eine Streptokokkeninfection zurück; in vielen spielt Erblichkeit eine Rolle, und zwar wirkt hier wahrscheinlich eine angeborene Missbildung des Zungenepithels mit. Ferner sind dyspeptische Störungen und Gicht angeschuldigt worden; bei manchen Fällen bestehen möglicherweise ätiologische Beziehungen zum chronischen Eczem.

LEFFERTS.

68) **Fedoroff** (Petersburg). **Die Pharyngotomia suprahyoidea bei Geschwülsten des Zungenbeins.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 84. 1907.*

Mit Hülfe eines queren Schnittes dicht oberhalb des Zungenbeins gelang es, eine Struma der Zungenbasis mit gutem Erfolge zu entfernen.

SEIFERT.

69) **A. Hamm** und **H. Torhorst. Beiträge zur Pathologie der Keratosis pharyngis mit besonderer Berücksichtigung der bakteriologischen Verhältnisse.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie Bd. 19. S. 447. 1907.*

Verff. schliessen sich den Siebenmann'schen Anschauungen an und verwerfen den Leptothrix als ätiologischen Factor; sie glauben den Erreger des Ver-

hornungsprocesses in einem Schleim producirenden Kapselbacillus gefunden zu haben, den sie in 3 Fällen isoliren konnten.

Der Bacillus ist von einem breiten homogenen Hofe umgeben, der nach aussen sich nicht durch eine besondere Membran abgrenzt, sondern diffus auslaufend sich im umgebenden Medium verliert (sehr schön auf beigegebenen Abbildungen erkennbar). Die Schleimkapsel, aus Nucleoalbumin bestehend, soll Träger der intensiv wirkenden Fermente sein.

Verff. stellen sich die Entstehung des Krankheitsbildes so vor, dass die Kapselbacillen sich bei irgend einer Gelegenheit in den Krypten der Tonsillen einnisten, vermöge ihrer zähschleimigen Beschaffenheit innig mit der Epitheloberfläche verbacken und vermittels ihrer intensiven Schleimproduction einen specifischen Reiz auf die Epithelzellen ausüben, der eine gesteigerte Zellproliferation mit Ausgang in Vorhornung der oberflächlichen Zellschichten auslöst.

Die Verff. stellten bei ihren 3 Fällen Agglutinationsversuche der einzelnen Seren auf die jeweiligen isohomologen Stämme an; es ergab sich bei Fall 1 ein Agglutinationstiter von 1/250, bei Fall 2 von 1/50, bei Fall 3 1/75. In dem hohen Werthe des Falles 1 sind die Verff. geneigt, den Ausdruck eines specifischen Infectes, einer ausgiebigen Resorption von Producten der Kapselbacillen zu erblicken.

Die Therapie bestand in Entfernung der Pfröpfe mit Pincetten und nachheriger Pinselung mit Jodglycerin. Der Erfolg war ein guter.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

70) **Januszkiewicz. Pharyngitis keratosa punctata.** *Przeglad Lekarski. No. 6, 7. 1908.*

Verf. giebt kurz die Ansichten verschiedener Autoren über dieses Leiden (Fränkel, Heryng, Siebenmann, Wysokowicz) an und beschreibt zwei selbst beobachtete Fälle, die er bakteriologisch untersucht hat. In beiden Fällen befanden sich auf beiden Mandeln weisse Pfröpfe in ziemlich grosser Anzahl. Mikroskopisch untersucht zeigten die Pfröpfe ausser Leptothrix buccalis grosse Mengen von diphtherieähnlichen Bacillen, die jedoch etwas länger und dünner waren. Als erster beschrieb sie Wysokowicz, der ähnliche Bacillen wie Verf. in allen von ihm beobachteten Fällen gefunden hat, und nannte dieses Leiden Pharyngitis keratosa punctata.

A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Vittorio Grazzi. Physikalische und mechanische Behandlung der chronischen katarrhalischen Pharyngitis und besonders der hypertrophischen und granulösen Form mit Demonstration besonderer Instrumente. (Cura fisica e meccanica della faringite catarrale cronica e più specialmente della forma ipertrofica e granulosa con presentazione di speciali istrumenti.)** *Italienischer Congress für Hydrologie und physikalische Medicin. San Remo, April 1908.*

Die Instrumente, die Verf. zur Massage der Pharynxschleimhaut anwendet, sind aus Metall gefertigte und ähneln der Beschreibung nach im Princip den zur Gesichtsmassage benutzten kleinen Rollen, die an einer Handhabe befestigt sind. Sie sind zu beziehen von Giuseppe Furchini, Mechaniker am Istituto Tecnico „Galileo Galilei" Florenz.

FINDER.

72) **E. von Eicken** (Freiburg i. Br.). **Ueber Hypopharyngoskopie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 213. 1907.*

Verf. beschreibt eine neue Methode zur Besichtigung des Hypopharynx. Er hat zu diesem Zweck einen „Larynxhebel“ erfunden, der eine Sonde aus Stahl mit breitem, gerieftem Handgriff darstellt. Nach Cocainisirung des Larynx gelingt es ohne nennenswerthe Beschwerden, den Kehlkopf durch leichten Druck auf die vordere Wand unterhalb der Stimmlippen so weit nach vorn zu drängen, dass ein breiter Einblick in den Hypopharynx gewonnen wird. Das Instrument wirkt wie ein Kniehebel, indem sein gestreckter Schenkel an den oberen Molarzähnen oder einer entsprechenden Stelle des Oberkiefers ein Hypomochlion findet, während das geknöpfte Ende den Larynx nach vorn hebelt. Die neue Methode eröffnet die Aussicht auf die Möglichkeit von Diagnose und Probeexcision von Carcinomen des Hypopharynx, von Entfernung von Fremdkörpern, von operativen Eingriffen, wie z. B. Spaltung perichondritischer Abscesse der Ringknorpelplatte und Entfernung gutartiger Neubildungen dieser Gegend unter Controle der Augen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

73) **H. S. Barwell. Eine Notiz über Hypopharyngoskopie. (A note on hypopharyngoscopy.)** *Lancet. 17. August 1907.*

Fall einer 39jährigen, seit 8 Monaten an Dysphagie leidenden Frau, bei der man den linken Aryknorpel sehr geschwollen fand. Bei der Untersuchung nach van Eicken konnte man auf der Hinterfläche des Aryknorpels und im Pharynx eine grosse Geschwürsfläche sehen. Es handelte sich um ein Epitheliom. Die Dysphagie wurde etwas durch Excision eines Theiles des geschwollenen Aryknorpels behoben. Illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

d. Diphtherie und Croup.

74) **Homer Dupuy. Weitere Erfahrungen mit Antidiphtherieserum bei Nasendiphtherie. (Further experience with antidiphtheria serum in nasal diphtheria.)** *New Orleans Medical Journal. Januar 1908.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

75) **Louis Martin** (Paris). **Die Hauptursachen der Mortalität bei der Diphtherie seit der Serotherapie. (Les principales causes de mortalité dans la diphtérie depuis la sérotherapie.)** *Académie de Médecine. 20. April 1908.*

Die ganz kleinen Kinder bis zu 2 Jahren starben im Verhältniss von 20 pCt. trotz der Serumtherapie. Sie starben meist infolge toxischer Zufälle, die nervösen Läsionen zuzuschreiben sind, und mit den Anzeichen von Insufficienz der Nieren, Leber und besonders der Nebennieren.

GONTIER de la ROCHE.

76) **Walter Wyman. Plötzliche Todesfälle nach Anwendung von Diphtherieantitoxin. (Sudden deaths following the use of diphtheria antitoxin.)** *Journal American Medical Association. 8. Februar 1908.*

Verf. führt einen Fall an, den er als Beispiel für die Hyperempfindlichkeit gegen Pferdeserum beim Menschen auffasst. Ueber dieses Phänomen sind in den

letzten 2 Jahren im Hygienischen Institut sorgfältige Studien gemacht worden — dieselben sind niedergelegt in den Hygienic Laboratory Bulletins Nr. 29 u. 36 —; sie haben zu dem Resultate geführt, dass das Diphtherieantitoxin bei der giftigen Wirkung des Pferdeserums keine Rolle spielt, es ist vielmehr an sich harmlos.

Die Symptome nach Injection von Pferdeserum bei Thieren sind sehr charakteristisch und zeigen, dass das giftige Princip vor allem auf die Respirationscentren wirkt; in tödtlichen Fällen sistirt die Athmung lange bevor das Herz zu schlagen aufhört. Aehnliches wird von den beim Menschen beobachteten Fällen berichtet. Auffallend ist, dass in 2 der Fälle die Patienten an Asthma litten, also an einer Neurose. Man sollte das Antidiphtherieserum bei solchen Personen nur mit äusserster Vorsicht gebrauchen.

EMIL MAYER.

77) **James Knight Quigley. Collaps nach Gebrauch von Antidiphtherieserum. (Collapse after use of diphtheria antitoxin.)** *Journal American Medical Association. März 1907.*

Der Collaps trat 30 Minuten nach der Injection ein. Patientin war äusserst cyanotisch, hatte ausgesprochene Dyspnoe, geringe Erweiterung der Pupillen und Schaum vor dem Mund. Es bestand totaler Verlust des Bewusstseins für ein paar Minuten. Stundenlang war der Radialpuls nicht fühlbar. Unter Anwendung von Nitroglycerin, Strychnin und Kochsalzinfusionen kam Pat. wieder zu sich.

Bei der Aufnahme ins Krankenhaus constatirte man ein leichtes Oedem der Augenlider; der mittels Katheters entnommene Urin enthielt Blut. Es wurden drei weitere Antitoxininjectionen gemacht von 3000, 4000 und 5000 J. E. Die Urinmenge nahm zu, der Puls wurde besser und Pat. genas völlig.

Es werden die Fragen aufgeworfen: 1. Handelte es sich um eine diphtherische Herzlähmung? 2. Wenn es sich um eine Wirkung des Diphtherieserums handelt, wie erklärt sich die nach weiterer Anwendung desselben eintretende Besserung?

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

78) **Herbert Elias. Zur Anatomie des Kehlkopfes der Mikrochiropteren.** *Gegenbaur's morph. Jahrb. Bd. 37. S. 70.*

An den verschiedenen Fledermauskehlköpfen fällt vor allem die Mächtigkeit der Musculatur, besonders der Stimmbandspanner, auf. Den Stimmbandspannern haben sich auch Muskeln, die einer anderen Function vorstehen, z. B. der M. cricoarytaen. post., durch die eigenthümliche Beschaffenheit der Aryknorpel und deren geringe gegenseitige Verschiebbarkeit, durch die Verlaufsrichtung ihrer Fasern und Lage ihrer Ansatzmuskeln angeschlossen. Diese grossen Muskeln brauchen entsprechende Ansatzflächen; so z. B. die vordere Platte des Cricoids bei den Rhinolophiden, mit welcher sogar zur Vergrösserung der Ansatzfläche der erste Trachealring verschmolzen ist. Der starken Beanspruchung der Knorpel entsprechen die häufig nachweisbaren Verknöcherungen, die schon bei jugendlichen Individuen (Vespertilio Daubentonii) vorkommen. Scheinbar im Gegensatz zu der starken Entwicklung der Musculatur steht die geringe Beweglichkeit der Knorpel

durch Verwachsungen der Aryknorpel, der Hyoids und Thyreoids, durch den Mangel der Gelenkspalten, straffe Kapseln sowie durch besonders stark entwickelte Ligamente, z. B. das Lig. kerato-cric. post. bei Rhinopoma microphyllum. Neben der starken Spannung der Stimmbänder verleihen die Kürze der Glottis vocalis, namentlich bei Rhinolophus hipposideros, Rhinolophus ferrum equinum, Rhinopoma und die auf den Stimmbändern sitzenden Stimmmembranen der Stimme der Fledermäuse ihren hohen und schrillen Charakter. Die Rhinolophiden und Emballonuriden besitzen Membranen nur an den wahren Stimmbändern, die Vespertilioniden auch an der Plica ventricularis. Am stärksten ausgebildet ist die Membrana vocalis bei den Vespertilioniden, am zartesten bei den Rhinolophiden. Auch an der Membrana ventricularis kommen, wenn auch geringere, Verschiedenheiten vor. An ihrem freien Rande finden sich bei Vespertilio murinus und mystacinus blasige Zellen; bei Vesperugo pipistrellus geht von ihr noch eine Nebenfalte ab. Dann sind noch Nebenräume im Kehlkopfe vorhanden, die wie Resonatoren dazu dienen, den Schall zu verstärken.

Der Kehlkopf der Chiropteren ist in den Nasopharynx eingeschoben, der Speiseweg also paarig um beide Seiten des Kehlkopfs herumgeführt. Um diesen seitlichen Weg offen zu halten, ist bei den Vespertilioniden die Cartilago faucium lat. in die laterale Wand des Pharynx eingelagert.

J. KATZENSTEIN.

79) **T. P. Anderson Stuart** (Sidney). **Die Functionen der Epiglottis und der Fossae glosso-epiglotticae. (The functions of the epiglottis and of the glosso-epiglottic fossae.)** *Journal of Physiology. Vol. 35. No. 5 u. 6. 2. Juli 1907.*

Verf. hat bereits vor 15 Jahren eine Arbeit über den Verschliessungsmodus des Kehlkopfs publicirt (Cfr. Centralblatt Vol. IX, p. 348 u. Vol. X, p. 585). Er kommt jetzt wieder auf den Gegenstand zurück. Die sehr interessante Arbeit sollte im Original gelesen werden. Es seien hier nur die Schlussfolgerungen wiedergegeben, zu denen Verf. gelangt:

Während der Deglutition zeigt die Epiglottis wenig oder gar keine Bewegung: ihr basaler Theil legt sich zwischen die Zunge und den übrigen Kehlkopf, ihre Spitze streckt sich über und hinter den übrigen Kehlkopf, so dass ihre laryngeale Fläche ganz frei ist. Die Aryknorpel legen sich erst aneinander und gehen etwas in die Höhe, dann neigen sie sich nach vorwärts und berühren die Epiglottis. So kommt der Verschluss des Kehlkopfes zu Stande. Kommt bei der Deglutition kein Verschluss zu Stande, indem der Larynx nicht nach oben steigt, sondern unten gehalten wird, so zeigt die Epiglottis keine Neigung, nach unten zu kommen und vicariirend an dem Verschluss mitzuwirken. Die geringen Bewegungen der Epiglottis scheinen nur passiver Natur und an diejenigen der Zunge, des Zungenbeins und des übrigen Larynx gebunden zu sein. Die Vertheilung des geschichteten Pflasterepithels auf der Epiglottis spricht für den vom Verf. beschriebenen Modus der Deglutition: während der Bissen über die laryngeale Fläche der Epiglottis gleitet, braucht er nicht deren ganze Fläche zu berühren, sondern nur den Theil am Rande. Die Geschmacksknospen auf der laryngealen Fläche der Epiglottis sind wirkliche Geschmacksorgane und nicht nur Anhäufungen gewöhnlicher Epithelzellen. Die Fossae glosso-epiglotticae haben die Function, über die Noth-

wendigkeit zu wachen, dass die Wege von den Secreten freigemacht werden. Der freie Teil der Epiglottis verbindert, dass die Secrete von der Nase, Nasenrachen und Zungenbasis in die Kehlkopfhöhle fliessen; sie sammeln sich in den Fossae glosso-epiglotticae bis diese voll sind, dann wird reflectorisch ein Schluckact ausgelöst, die Fossae werden geleert und die Wege sind frei. Manche Erscheinungen, die den Verlust der Epiglottis begleiten, sind darauf zurückzuführen, dass der hintere Rand der Fossae glosso-epiglotticae seine Integrität eingebüsst hat.

FELIX SEMON

80) **A. Kuttner** und **E. Meyer** (Berlin). **Führt der Recurrens des Menschen sensible Fasern?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 510. 1907.*

Die Verf. nahmen zur Nachprüfung der Behauptung Massei's, der Nervus recurrens desMenschen führe sensible Fasern, Sensibilitätsprüfungen bei Recurrenslähmungen aller Art vor und fanden dabei nie ein Herabsinken der Empfindlichkeit unter die Norm, auch nicht, dass bei einseitiger Lähmung die kranke Seite schwächer reagierte als die gesunde. Der Versuch, den Nervus laryngeus superior vor seinem Durchtritt durch die Membrana hyothyreoidea durch subcutane Adrenalin-Novocaininjectionen auszuschalten, misslang.

Nachdem bei einer partiellen Resection des Pharynx und Larynx der linke N. laryngeus sup. vor seinem Durchtritt durch die Membrana hyothyreoidea — die Motilität und Sensibilität war vordem normal — durchschnitten worden war (W. Körte), wurde folgender Befund erhoben: Die linke Stimmlippe reagirt nicht mehr auf Sondenberührung, auf der rechten Kehlkopfseite löst derselbe Reiz eine normale Reaction aus. Alle Bewegungen, die willkürlichen wie die unwillkürlichen, werden von beiden Stimmlippen gleich prompt und symmetrisch ausgeführt. Auf Grund der Uebereinstimmung dieses Befundes mit den früheren Untersuchungsresultaten schliessen die Verf., dass der Recurrens beim Menschen keine sensiblen Fasern führt.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

81) **K. Steppetad** (Kreuznach). **Beitrag zur Kenntniss der Coordinationsstörungen des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 306. 1907.*

Verf. bespricht an der Hand eines Falles, der das Bild einer doppelseitigen Posticusbildung darbot, sich bei der Tracheotomie (Narkose) aber als functioneller inspiratorischer Stimmritzenkrampf erwies, die bestehenden Theorien der Coordinationsstörungen des Larynx und kommt am Ende zu folgenden Schlüssen:

Der functionelle inspiratorische Stimmritzenkrampf entsteht auf dem Boden der Neurasthenie und Hysterie fast ausschliesslich. Er beruht auf einem Reizzustand in den bulbären Centren der Glottisverengerer (Semon). Die Diagnose kann bisweilen in der ersten Zeit nur aus dem momentanen Auseinanderschnellen der Stimmbänder am Ende einer excessiv langen Phonation (Semon) gestellt werden. Auch eine nötig werdende Narcose sichert die Diagnose.

Die Symptome können ausserordentlich mannigfaltige sein durch die Häufigkeit der Kombination mit Aphonia spastica und anderen Coordinationsstörungen, als auch durch den Wechsel der Symptome bei demselben Fall zu verschiedenen Zeiten.

Die Prognose für das Leben braucht, im Gegensatz zu den bisher beschriebenen rein functionellen inspiratorischen Stimmritzenkrämpfen, nicht immer eine gute zu sein, da hier die Tracheotomie zur Indicatio vitalis wurde.

Die Therapie wird vor allem eine psychische sein müssen.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

82) Polanski. **Ein Fall von Dyspnoe laryngo-spastica auf Grund von Hysterie. (Przypadek samodzcelnej histeryi krtani w postaci dyspnoë laryngo-spastica.)** *Medycyna. No. 8. 1908.*

Nachdem Verf. die wichtigsten Fälle der Literatur und die Natur des Leidens beschrieben hat, stellt er einen Fall vor, den er selbst beobachtet hat.

Ein 17jähriges Mädchen bekam nach einem kalten Flussbade eine Athemnoth und Heiserkeit. Nach 3 Wochen war die Athemnoth schwerer, sodass eine Tracheotomie gemacht werden musste. Nach einigen Tagen war die Tracheotomiecanüle entfernt. Im Laufe von $1^1/_2$ Jahren fühlte sich die Patientin ganz wohl. Jetzt kam sie wieder mit schwerer Athemnoth und gänzlicher Heiserkeit. Die laryngoskopische Untersuchung erwies keine pathologischen Veränderungen in der Gegend des Larynx, aber die Stimmbänder bei Phonation sowie bei Respiration haben eine Medianstellung nebeneinandergedrückt und bei tiefer Inspiration schliessen sie sich sogar noch fester (perverse Action der Stimmbänder). Nach einer sehr kurzen Zeit konnte man einen Moment beobachten, bei welchem sich die Stimmbänder trennten, um die Luft passiren zu lassen. Bei allgemeiner Untersuchung konnte Verf. eine Hysterie nachweisen. Bei der Untersuchung der Nase erwies sich auf der linken Seite des Septum eine Spina, welche die mittlere Muschel berührte. Bei Berührung der Spina nahm die Athemnoth zu. Nach Abtragung der Spina war die Athemnoth viel leichter und bei Berührung dieser Stelle steigerte sie sich nicht mehr.

v. SOKOLOWSKI.

83) Charles H. Knight. **Ein Fall von doppelseitiger Abductorlähmung. (A case of bilateral abductor paralysis.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Versammlung der American Laryngological Association. Mai 1907.

EMIL MAYER.

84) Gerber (Königsberg). **Ueber die sogenannte „Laryngitis nodulosa".** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 43. 1908.*

G. hat in den letzten Jahren 110 Fälle von Laryngitis nodulosa beobachtet. Nur bei 18 Fällen wurde von den Patienten angegeben, dass besonders viel gesprochen, gesungen oder geschrieen wurde. Bei 52 war die Knötchenbildung doppelseitig, bei 17 links- und bei 6 rechtsseitig; über die übrigen der 110 Fälle fehlen in dieser Beziehung Notizen. 48,7 pCt. aller Fälle betrafen Kinder. Die chronische Heiserkeit bei sonst gesunden Kindern ist in der Mehrzahl der Fälle durch Sängerknötchen verursacht.

Da einerseits die „Sängerknötchen" in der Mehrzahl der Fälle sich gar nicht bei Sängern, sondern in allen Berufsarten vorfinden, und andererseits bei der „Lar. nodulosa" eine Entzündung an der Stimmlippe oft fehlt, die dreieckige Form der „Noduli" viel häufiger ist als die runde, und es sich somit in Wirklichkeit

häufiger um eine Zacke als um ein Knötchen handelt, so möchte G. die Krankheitsbezeichnungen „Sängerknötchen“ und „Laryngitis nodulosa“ ersetzen durch die Bezeichnung „Stimmlippenzacken“. OPPIKOFER.

85) **Sendziak. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Laryngitis submucosa acuta. (Przyczynek do patologii i terapii ostrego podsluzowego zapalenia krtani.)** *Przeglad Lekarski. No. 5, 6. 1908.*

Verf. giebt in Kurzem einen historischen Ueberblick der Ansichten über Larynxödem, von Bayle an, bis zu den letzten Zeiten (Semon, Kuttner, Massei, Sokolowski etc.). Verf. theilt das Larynxödem 1. in Stauungs- und 2. entzündliches Oedem (Laryngitis submucosa acuta), a) primär und b) secundär. Verf. hat in seiner Praxis 108 Fälle von Laryngitis submucosa acuta beobachtet, von denen die meisten in ein Alter von 30—40 Jahren fielen (36). Was die Beschäftigung der von Verf. behandelten Personen betrifft, so waren es in den meisten Fällen Kellner oder Landarbeiter, ferner Geschäftsleute, Militär usw. Was die Aetiologie betrifft, so entstehen acute Larynxödeme infolge 1. thermischer Einflüsse (plötzlicher Temperaturumschlag, Verbrennen mit heissen Speisen u. a.), 2. infolge chemischer Faktoren (Brandwunden von ätzenden Flüssigkeiten, manchmal infolge zu grosser Dosis von Jodkali), 3. infolge mechanischer Ursachen; Verletzung durch einen Fremdkörper etc. Laryngitis submucosa acuta entsteht endlich im Verlaufe ansteckender Krankheiten, wie Erysipelas, Masern, Diphtherie, acutem Reumatismus, Pocken, Endocarditis, Wochenfieber, Angina follicularis, Peritonsillarabscesse usw. Was die Localisirung der Anschwellungen betrifft, so sind meistentheils die Epiglottis, dann die hintere Wand des Larynx, die Aryknorpel und Ligamenta aryepiglottica behaftet. Die wichtigsten der Symptome sind Schmerz und Athemnoth. Der Erfolg war in der grössten Anzahl der Fälle gut (von 108 Fällen endeten 2 Fälle mit dem Tode). v. SOKOLOWSKI.

86) **A. Martin. Einige Fälle von acuter stenosirender Laryngitis. (Algunos casos de laringitis agudas estenosantes.)** *Revista barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. I. 1907.*

Verf. macht auf die Aehnlichkeit seiner Fälle mit den von Massei und Renault beschriebenen aufmerksam. TAPIA.

87) **A. Rérolle. Beitrag zur Behandlung der stenosirenden Maserulaxyngitis (Contribution au traitement des laryngites suffocantes de la rougeole.)** *Dissert. Toulouse 1906.*

Bei Masern können schwere Laryngitiden auftreten vor, während oder erst nach Ausbruch des Exanthems. 24 Krankengeschichten. — In erster Linie soll die Intubation versucht, und nur wenn diese misslingt oder die Tube sich nicht hält, die Tracheotomie vorgenommen werden. OPPIKOFER.

88) **Déjerine** (Paris). **Hysterisches Trachealröcheln? (Râle trachéal hystérique?)** *Société de neurologie française. 2. April 1908.*

Es handelt sich um eine Frau, bei der seit 14 Jahren tiefe Inspirationen und Einziehungen beobachtet werden nebst einem Röcheln, ähnlich wie bei Sterbenden.



Nichts an den Lungen, im Larynx, in der Trachea; Radioskopie negativ. Während des Schlafes und bei der Intubation verschwinden die Erscheinungen.

GONTIER de la ROCHE.

89) **Mieczyslaw Gantz** (Warschau). **Ein Fall von spontaner luetischer Trachealfistel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1907.*

Die spontan aufgetretene Fistel, wohl Folge eines vereiterten Gumma an der Vorderwand der Trachea, befand sich direkt oberhalb des Sternum und schloss sich wieder auf specifische Behandlung (Jodnatrium).

HECHT.

90) **Bror Bjerner. Einige Worte über das sogenannte rauhe Athmen auf Grund eines Falles von Trachealfistel. (Nagra ord om s. k. rauhes Athmen med antedning af ett fall af trachealfistel.)** *Allmänna svenska läkartidningen. No. 40. 1907.*

Verf. erinnert an einen Fall von Trachealfistel, bei dem ein sog. rauhes Athmen über dem grösseren Theil der Lungen mit Leichtigkeit gehört werden konnte, da die Fistel offen war; wurde sie geschlossen, war das Athemgeräusch fast normal. Verf. schliesst hiervon, dass ein sog. rauhes Athmen innerhalb des Respirationstractus entstehen kann und nicht auf einem Muskelgeräusch beruht.

E. STANGENBERG.

91) **H. Brisson. Tracheotomie bei leichter Athmungsbehinderung im Verlaufe febriler Toxaemie. (Tracheotomy in slight respiratory obstruction associated with febrile toxaemia.)** *Lancet. 28. Januar 1907.*

Verf. empfiehlt in fieberhaften Fällen von Toxämie die Tracheotomie, auch wenn nur leichte Athembehinderung vorliegt. Es war auffallend, wie in solchen Fällen die Patienten, die allmählich immer schwächer und schwächer wurden, plötzlich besser wurden. Indikationen zur Operation waren: 1) Erschwerte Athmung. 2) Ruhelosigkeit. 3) Der Zustand des Herzens. 4) Der Puls, der zuerst voll und beschleunigt ist, ist nachher oft ein pulsus paradoxus. 5) Septische Laryngitis, die in den meisten einigermassen ausgedehnten Fällen vorhanden ist. Es werden 15 Fälle berichtet.

ADOLPH BRONNER.

92) **Jauquet. Die Laryngo-Tracheostomie. (La laryngo-tracheostomie.)** *La Clinique. No. 46. 1907.*

Mittheilung in der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler am 9. Nov. 1907. Es ist der erste Fall hier in Belgien, an welchem die von Prof. Killian erdachte und zuerst ausgeführte Operation der Laryngo-tracheostomie ausgeführt wurde. Es handelt sich um ein $5^1/_2$ jähr. Kind, welches vor 4 Jahren von Glottiskrämpfen unbekannter Ursache befallen wurde; dasselbe wurde zuerst intubirt und später tracheotomirt. Die Canüle konnte trotz aller möglichen Versuche von einheimischen und fremden Aerzten nicht entfernt werden. J. sah das Kind zum ersten Male im October d. J., es trug eine Doppelcanüle, welche ihm das Sprechen ermöglichte; in der letzten Zeit jedoch stellten sich immer Spasmen ein, wenn es, um zu sprechen, den gemeinschaftlichen Pavillon der Canüle verschliessen wollte. Nach Entfernung des Apparates konnte J. im Niveau der

Trachealöffnung das Vorhandensein einer Narbenmasse constatiren, welche das Lumen der Trachea vollständig ausfüllte, ja sogar nach vorn das Niveau der vorderen Wand überschritt; oben und unten von der Brücke befanden sich die Canülenöffnungen. Die Narbenbrücke hatte allmählich den ganzen Raum zwischen den Canülen eingenommen, der die Fenster trennte und machte somit die Luftpassage unmöglich, sobald der gemeinschaftliche Pavillon geschlossen wurde. Nach unten war die Trachea ganz frei und nach oben konnte man mit dem Salpingoskop mit grosser Deutlichkeit die Glottis von unten betrachten. Da somit die Laryngostomie angezeigt war, so wurde dieselbe am 21. Oct. vorgenommen. Die Incision des Thyroidknorpels und der Trachea ward nach unten verlängert über die alte Trachealfistel hinaus, um eine gewöhnliche Canüle unterhalb dem Niveau des zum grössten Theil excidirten Narbengewebes einführen zu können. 7 Tage lang wurde dann der Kranke mit einer weichen Schlundsonde ernährt; die Temperatur bewegte sich um 37,2 herum.

Heute, nach 3 Wochen, ist von der Narbenbrücke nur noch eine geringe Erbabenheit übrig, die sich mit Mühe von den Trachealknorpeln unterscheiden lässt. Der zuletzt eingeführte Drain entspricht schon dem Kaliber der Trachea des entsprechenden Kindesalters.

L. BAYER.

93) **K. Eske. Ueber Arrosionsblutungen grosser Gefässe nach Tracheotomie.** *Dissert. Leipzig 1906.*

E. hat 60 Fälle von Arrosionsblutungen nach Tracheotomie aus der Litteratur zusammengestellt und fügt dieser Statistik 4 weitere Beobachtungen hinzu. Er theilt diese Blutungen in 3 grosse Gruppen ein. 1) In Blutungen, die durch diphtheritische oder phlegmonöse Vorgänge, also durch Bakterienthätigkeit, hervorgerufen werden (30 Fälle). 2) In Blutungen, die allein durch Canülendruck bedingt sind (23 Fälle). 3) in Blutungen, welche durch gemeinsame Wirkung von Canülendruck und Bakterienthätigkeit verursacht werden. Die Blutungen sind bei der Tracheotomia inferior weit häufiger als bei der superior. Am häufigsten wird die Arteria anonyma perforirt (in 75 pCt. der Fälle); weit seltener sind die Arrosionen der Arteria carotis communis, einer Arteria thyreoidea oder der Venen. Der Tod durch Arrosionsblutung erfolgt nach der vorliegenden Statistik am häufigsten eine Woche nach der Operation.

OPPIKOFER.

94) **M. Marfan. Digitale Detubation. (Digital detubation.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Juli 1907.*

Verf. giebt eine sowohl für kurze wie für lange Tuben anwendbare Methode der digitalen Detubation an. Das Kind wird auf einen Tisch gelegt, das Gesicht nach unten, Kopf und Hals über den Tischrand hinaushängend. Mit der linken Hand hebt d. h. extendirt der Arzt den Kopf wenig, wenn es sich um kurze, mehr, wenn es sich um lange Tuben handelt. Dann setzt er die Spitze des rechten Zeigefingers unmittelbar über das Manubrium sterni und palpirt nach oben, bis er dem unteren Ende der Tube begegnet. Nun wird der Kopf des Kindes leicht gesenkt und ziemlich fest auf die Spitze der Tube nach oben gedrückt. M. versichert, dass dieses Verfahren fast stets beim ersten Versuch gelingt.

G. M. LEFFERTS.

95) **Wethlo** (Berlin). **Ein neues Larynge-Stroboskop mit Federantrieb und Centrifugalregulirung.** *Med.-pädagog. Monatsschr. f. d. gesammte Sprachheilkunde. 3. 1908.*

Der von Wethlo construirte Apparat ist ausser zu Stimmbanduntersuchungen auch für andere Tonschwingungen benutzbar und gestattet, auf Membranen, Stimmgabeln, singende Flammen etc. angewendet, eine Reihe höchst interessanter Versuche.

SEIFERT.

f. Schilddrüse.

96) **Ritter** (Greifswald). **Ueber die Beziehungen zwischen multiplen Exostosen und Schilddrüse.** *Med. Klinik. 13. 1908.*

Bericht über eine Exostosenfamilie. Die jüngste Tochter (13 Jahre alt) ist die einzige der ganzen Kinderreihe, die keine Knochenauswüchse und Wachsthumsstörungen zeigt, es besteht bei ihr ein ausgesprochener Basedowkropf.

O. SEIFERT.

97) **Ewald P. Paterson. Bericht über einen Fall von congenitalem Kropf bei einem Kinde nebst Operation. (Report of a case of congenital goiter in a child with operation.)** *N. Y. Medical Record. 14. December 1907.*

Am neunten Tage nach der Thyreodectomie trat Tetanie ein; diese hielt an, bis Schilddrüsenextract gegeben wurde.

G. M. LEFFERTS.

98) **Louis Fischer. Ein Fall von Schilddrüsenimplantation bei einem Kinde. (A case of thyroid implantation in a child.)** *N. Y. Medical Record. 14. December 1907.*

Klinischer Bericht über einen gelungenen Fall. Es handelt sich um ein 2jähriges Kind, dem ein Stück Schafschilddrüse implantirt wurde.

G. M. LEFFERTS.

99) **L. Cadet. Beitrag zum Studium der intrathoracalen Kröpfe. (Contribution à l'étude des goîtres intrathoraciques.)** *Thèse de Lyon. 1905.*

Da die substernalen Kröpfe in Frankreich weniger bekannt sind als auf deutschem Gebiet, so giebt C. in seiner Dissertation eine Litteraturübersicht unter Beifügung von 38 typischen Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

100) **Alexander Cawadias. Das Herz bei den Kropfkranken. (The heart of the goitrous.)** *N. Y. Medical Journal. 7. December 1907.*

Verf. wendet sich gegen die Classification Minnichs, nach der die klinischen Formen des Herzens bei Kropfkranken als pneumische und thyreopathische unterschieden werden; er schlägt eine Eintheilung in gutartige, bösartige und Zwischenformen vor. Bei der gutartigen Form handelt es sich um eine Hypertrophie; jedoch sind, wenn überhaupt, nur geringfügige functionelle Störungen vorhanden. Bei der Zwischenform kommt zu der Hypertrophie noch Palpitation bei geringen Anstrengungen hinzu; es kann ferner bestehen Hyperhidrosis, Dermographismus und Tremor, der dem beim Morbus Basedow ähnelt. Bei den malignen Formen sind alle diese Erscheinungen in gesteigertem Masse

vorhanden; es bestehen Compressions-Symptome, die Stimme ist heiser, Patient kommt leicht ausser Athem und ist Bronchialaffectionen unterworfen. Verf. schliesst, dass zwei Factoren an der Pathogenie des Kropfherz theil haben: erstlich die Functionsstörung der Schilddrüse, die sich in einem Stadium der Hyperactivität befindet und zweitens in gewissen Fällen die mechanischen Störungen, die aus der Trachealstenose infolge der Schilddrüsenschwellung entstehen.

G. M. LEFFERTS.

101) **Kocher** (Bern). **Zur klinischen Beurtheilung der bösartigen Geschwülste der Schilddrüse.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 91. 1907.*

Für die Diagnose ist wichtig das von einem bestimmten Zeitpunkte an einsetzende Wachstum, zumal wenn es stetig fortgeht, ferner die Consistenzzunahme und zwar der Nachweis einer derben, compacten umschriebenen Parthie in der Schilddrüse oder an einem ihrer Theile. Eine höckerige Oberfläche, verminderte Beweglichkeit gegen Trachea und Oesophagus, spontan ausstrahlende Schmerzen und Schluckbeschwerden können ebenfalls frühdiagnostisch verwendet werden.

O. SEIFERT.

g. Oesophagus.

102) **John W. Farlow. Ein Fall von Spasmus des Oesophagus. (A case of spasm of the oesophagus.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Washington Mai 1907.

EMIL MAYER.

103) **Thiemann** (Jena). **Fremdkörper im oberen Theile des Oesophagus, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Entfernung aus der freigelegten aber nicht eröffneten Speiseröhre.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 85. 1908.*

In 2 Fällen konnten verschluckte Gebisse, deren Extraction vom Munde aus nicht gelang, nach Freilegung des Oesophagus leicht mobilisirt und dann erst von oben entfernt werden.

SEIFERT.

104) **A. Weber. Die Frühsymptome des Speiseröhrenkrebses, insbesondere der Spasmus.** *Dissert. Heidelberg 1905.*

W. giebt 2 Krankengeschichten wieder von Oesophaguscarcinom, dessen erstes Symptom der Spasmus war.

OPPIKOFER.

105) **Elsner. Oesophagoskopie bei Oesophaguscarcinom. (Esophagoscopy in carcinoma of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 25. Juni 1908.*

Bei aller Anerkennnung des Werthes, den die Oesophagoskopie bei Fremdkörpern hat, ist nach Ansicht des Verf. dieser Werth bei malignen Erkrankungen noch sehr zweifelhaft. Er unterscheidet von diesem Standpunkt aus das Carcinom des Oesophagusrohres von dem der Cardia. Im ersteren Fall kann die Diagnose leicht mit Hülfe unserer früheren Methoden gestellt werden; in den sonst oft ziemlich unklaren Fällen von Cardiacarcinom kann das Oesophagoskop eine grosse Bedeutung haben.

G. M. LEFFERTS.

106) **M. J. Seelig. Carcinom des Oesophagus. (Carcinoma of the oesophagus.)** *Annals of Surgery. December 1907.*

Der Fall zeigt die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Aortenaneurysma und Carcinom des Oesophagus; es handelte sich um multiple Metastasen im Oesophagus, die wahrscheinlich von einem Mediastinaltumor aus auf dem Lymphwege entstanden waren.

EMIL MAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Januar 1908.

Lennhoff stellt einen Patienten vor, bei dem man im Pharynx einen seitlichen gegen die Epiglottis gerichteten, schleimhautbekleideten Vorsprung sieht. Er stellt auf Grund dieses Befundes und des Röntgenbildes die Diagnose auf isolirte Fractur des Zungenbeins.

Schötz glaubt, es handle sich um eine abnorme Stellung des oberen Schildknorpelhorns, wie er sie schon öfters gesehen. Gegen eine Zungenbeinfractur spricht das Fehlen jeder Anamnese und die Stellung des Vorsprunges in der Richtung von unten nach oben.

Scheier stellt die Diagnose auf Bruch des oberen Schildknorpelhorns, da der Tumor im Sinus piriformis bei Druck auf den Schildknorpel sich mitbewegt. Die Kehlkopffracturen erzeugen nicht immer gefährliche Symptome, wofür er einige Beispiele anführt.

Heymann hält den vorgestellten Fall ebenfalls für eine Verbiegung des Schildknorpelhorns. Nach seinen Erfahrungen können Kehlkopffracturen ohne Tracheotomie heilen; er erwähnt einige derartige Fälle eigener Beobachtung. Richtungsveränderungen der Schildknorpelhörner sind nicht selten.

B. Fränkel erwähnt 2 eigene Fälle von Fractur des Schildknorpels und einen von Bruch des Zungenbeins, die ohne Tracheotomie heilten. Wenn auch die Erscheinungen derselben nicht immer sehr erheblich sind, so können sie doch dem Empfinden des Patienten nicht entgehen.

Lennhoff nimmt an, dass die Fractur bei seinem Patienten in der Kindheit stattgefunden hat und stützt seine Diagnose auf das Röntgenbild.

Strauch demonstrirt eine Reihe von Präparaten mit Zungenbein- und Kehlkopffracturen aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde. Sie finden sich nach Strangulation (Erhängen, Erwürgen und Erdrosseln) und nach Einwirkung stumpfer Gewalt auf den Hals und Kehlkopf.

Beim Erhängen kommen sowohl Brüche des Zungenbeins wie der Schilddrüsenhörner vor, und zwar sehen die Bruchenden des ersteren nach unten, die der letzteren nach innen und oben. Es brechen nicht immer alle 4 Hörner, sondern entweder nur die des Zungenbeins oder mit ihnen die des Schildknorpels auf einer Seite oder aber unregelmässig das eine oder andere Horn; oft kommt es auch nur zu einem Einknicken.

Die Fracturen entstehen nicht durch directe Einwirkung des Strangwerkzeuges, sondern durch eine starke Zugwirkung, indem durch das starke Herauf- und Nachhintenrücken des Zungengrundes und des Mundbodens die Halsorgane heftig gezogen und gezerrt und die Membrana hyothyreoidea und insbesondere die Ligg. hyothyreoid. lat. stark gespannt werden. Derartige Fracturen beobachtet man in 50—60 pCt. aller Fälle von Erhängung.

Schild- und Ringknorpelfracturen kommen vor, wenn, was selten, das Strangwerkzeug direct auf dem Kehlkopf angebracht ist. Im Allgemeinen hält man sie für lebensgefährlich; aber es giebt auch sicher günstig verlaufende Fälle.

Beim Erdrosseln liegen die Verhältnisse ähnlich; beim Erwürgen kommen Brüche der Hörner wie auch der Kehlkopfknorpel vor. Nach Einwirkung einer stumpfen Gewalt auf die Halsgegend sieht man die verschiedensten Fracturen.

B. Fränkel: Beim Erhängen beschleunigt der Henker manchmal die Execution, indem er sich auf die Schultern des Verurtheilten schwingt und so die Zugwirkung erhöht.

Die Fracturen des Zungenbeins und Kehlkopfes stellen beim Erhängen, Erdrosseln und Erwürgen ein erhebliches Stück der Diagnose dar.

Echtermeyer zeigt einen Patienten mit Prolapsus ventriculi, bei dem man über dem linken Stimmbande einen besonders bei der Inspiration stark hervortretenden Tumor sieht.

Alsdann zeigt er einen Brenner, der leicht zu reinigen und zu sterilisiren ist, weil die Schenkel desselben nur etwa bis zur Hälfte umwickelt sind.

Sitzung vom 21. Februar 1908.

Grabower stellt einen Patienten mit Oesophaguscarcinom und Kehlkopfmuskellähmung vor. Das Carcinom sass im oberen Theil, im Larynx zeigte sich eine doppelseitige Recurrenslähmung; es ist freilich möglich, dass das Carcinom in die Muskelsubstanz der Postici hineingewachsen ist.

Schötz spricht von der Möglichkeit der Radicaloperation hochsitzender Oesophaguscarcinome, wobei natürlich auch eine Larynxexstirpation nöthig ist.

P. Heymann: Fall von Schildknorpelfractur.

Durch Fall einer Kiste auf Hals und Brust kam es zu einem Längsriss in der Schildknorpelplatte; Patient hatte Schmerzen und wurde heiser. Durch die Trennung der Schildknorpelplatten ist wahrscheinlich die Insertion der Mm. vocales gelockert worden.

Halle: Die Heiserkeit könnte auf nicht correctes Aneinanderwachsen der Schildknorpelplatten zurückzuführen sein.

Zander: Fall von Larynxlupus.

Dicke knotige, wulstformige Epiglottis mit einer Narbe, Infiltration der Ligg. glossoepigl., aryepigl. und des rechten Taschenbandes. In der Nase leichtes Befallensein des Septum und der unteren Muscheln.

Scheier: Kehlkopferkrankung bei traumatischer Neurose.

Fall von einer Leiter, Quetschung des Thorax, links Bruch zweier Rippen; dabei bestand Aphonie, wie auch heute noch. Die Stimmbänder zeigten manch-

mal perverse Action, ein anderes Mal Adductorenparese u. s. w. Dabei hypochondrische Depression. Das laryngoskopische Bild ist auch jetzt sehr wechselnd; auf reflectorische Reize tritt kein Glottisschluss ein. Sensibilität in Nase, Mund und Rachen stark herabgesetzt; der Kehlkopfeingang ist hypästhetisch. Bisherige Behandlung erfolglos.

Barth räth zur Autolaryngoskopie, die in einem Falle Erfolg hatte.

Levy: Fall von combinirter Gehirnnervenlähmung.

Patient ist heiser, regurgitirt Flüssigkeiten öfter durch die Nase; rechte Schulter hängt herab, rechter Cucullaris und Sternocleidomastoideus gelähmt, ebenso rechtes Gaumensegel. Fixation des rechten Stimmbandes in Adductionsstellung. Es handelt sich um eine Vago-Accessoriuslähmung wahrscheinlich aus peripherer Ursache.

Grabower findet ausserdem eine Hypoglossuslähmung. Für die Kehlkopfinnervation können nur genau im Leben untersuchte und secirte Fälle, in denen auch eine histologische Untersuchung gemacht ist, verwerthet werden.

Holz berichtet über einen Fall von hysterischer Accessoriuslähmung.

Brunck zeigt einen neuen Gesichtsschützer aus Celluloid, der auf den Reflector aufgesteckt wird, und einen neuen Untersuchungs- und Operationsstuhl.

A. Rosenberg: Primärer Kehlkopflupus.

Genauerer Bericht über zwei eigene Fälle, differentielle Diagnostik besonders gegenüber der Tuberculose und Syphilis und einige therapeutische Bemerkungen (erscheint ausführlich im Archiv f. Laryngol.). Discussion wird vertagt.

A. Rosenberg.

---

b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

47. Sitzung vom 24. April 1907.

Vorsitzender: V. Bremer.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. E. Schmiegelow: Fall von Tuberculoma laryngis bei einem 15jährigen Mädchen.

Eine diffuse Neubildung an der vorderen Hälfte des rechten Taschenbandes und den angrenzenden Theilen des Stimmbandes und der Epiglottis wurde mittels Landgraf'scher Kürette entfernt und zeigte sich mikroskopisch aus tuberculösem Gewebe bestehend; die Ansatzstelle wurde energisch kauterisirt. Lungenbefund normal.

II. Nörregaard: Demonstration von einem Fall rechtsseitiger Recurrenslähmung, durch eine wahrscheinlich cancröse Oesophagusstrictur verursacht.

Sonst otologische Mittheilungen.

48. (extraordinäre) Sitzung vom 5. September 1907.
Vorsitzender: Bremer.
Schriftführer: P. Tetens Hald.

Es wurde beschlossen, Herrn Geheimrath Prof. Schwartze anlässlich seines 70. Geburtstages eine Adresse zu überreichen.

49. Sitzung vom 23. October 1907.

Nur otologische Mittheilungen.

50. Sitzung vom 20. November 1907.
Vorsitzender: Bremer.
Schriftführer: Soph. Bentzen.

I. Buhl: Krankenvorstellung. Patientin wurde vor einem Jahre hier im Verein vorgestellt. Vorläufige Diagnose: Primärer Lupus der Mundschleimhaut. Seitdem haben drei verschiedene Pathologen die Diagnose Cancer gestellt; trotzdem gelang es, die Affection zum Ausheilen zu bringen.

Mygind hat einen Fall von Geschwür des weichen Gaumens beobachtet, in dem die Mikroskopie Epitheliom ergab; trotzdem heilte die Wunde und Patient blieb später gesund.

II. Gottlieb Kiär: Tumor malignus septi nasi.

An der linken Seite der Nasenscheidewand eines 24jährigen Mannes eine breitbasige, pilzförmige Geschwulst mit höckeriger Oberfläche. Mikroskopie: Tumor malignus, sarcomatosus? Nach energischer Auskratzung ist jetzt, nach 3 Monaten, kein Recidiv aufgetreten.

III. Gottlieb Kiär: Argyrie der Nasenschleimhaut.

Ein 35jähriger Mann hatte sich seit 30 Jahren täglich etwa 25 cg Argentum-Pulver (1 : 20) in die Nase geblasen; die Nasenschleimhaut ebenso wie ein von der mittleren Muschel ausgehender Polyp zeigte eine ausgesprochene dunkle Färbung; mikroskopisch fand man das Silber sehr fein im Gewebe vertheilt, theils in den Zellen, theils in den Zwischenräumen.

IV. Gottlieb Kiär demonstrirte einen von Dr. Wilh. Maar construirten Kehlkopfspiegel, der sich dauernd warm hält, indem sich hinter der Spiegelfläche ein kleiner Platin-Glühdraht befindet, der mit einem Trockenelemente in Verbindung steht.

V. Holger Mygind: Fall von Corpus alienum cavi oris.

17 Monate alter Knabe, der vermeintlich das Mundstück einer Kindertrompete verschluckt hatte; ein Arzt meinte am Tage vor der Aufnahme den Fremdkörper in den Magen hinabgestossen zu haben. Bei der Röntgenaufnahme fand man ihn jedoch in dem Sulcus alveolo-lingualis liegen, tief hineingebohrt, so dass kaum ein ganz kleiner Rand zu sehen war.

VI. E. Schmiegelow: Polypus congenitus cavi pharyngis.

Bei einem 2 Monate altem Kinde fand man eine $5^1/_2$ cm lange, keulenförmige Geschwulst, die vom hinteren Gaumenbogen ausging und bald tief in den Oeso-

phagus hineinging, bald aus dem Munde herausgeschleudert wurde. Es war ein mit Lanugohaaren bekleideter ektodermaler Polyp.

VII. E. Schmiegolow: Fall von multiplen Papillomen im Kehlkopfe.

Bei einem 10jährigen Mädchen wurde eine seit etwa einem Jahre bestehende Heiserkeit als Anzeichen vorhandener Tuberculose angesehen. Sch. constatirte aber in der Commissura anterior recht zahlreiche Papillome, die alsdann in tiefer Chloroformnarkose mittels directer Laryngoskopie entfernt wurden. Die Geschwülste recidivirten und nach wiederholten Eingriffen versuchte man Darreichung von Natricum arsenicum; nach 5 Monaten sind jetzt keine Papillome mehr vorhanden.

Discussion: Mygind, Buhl, Schmiegelow.

51. Sitzung vom 18. December 1907.

Vorsitzender: Bremer.

Schriftführer: P. Tetens Hald.

I. A. Gramstrup: Olfactometrische und odorimetrische Messungen.

G. hat einen Olfacto- und Odorimeter zusammengestellt, mittelst dessen man die vielen verschiedenen Concentrationen desselben Riechstoffes vermeidet, indem man die „Riechluft“ beliebig verdünnen kann, bis das Minimum perceptibile erreicht wird. Gleichzeitig theilte G. einige mit einem von ihm construirten Apparat vorgenommene odorimetrische Untersuchungen des Harns mit.

Discussion: Hald, Mygind, Nörregaard.

II. Nörregaard demonstrirte einen wahrscheinlich gutartig gestielten Tumor an der Zunge eines kleinen Mädchens.

III. Zum Vorstand für das kommende Jahr wurden gewählt:
Präsident: Holger Mygind.
Vicepräsident und Schatzmeister: Sophus Bentzen.
Schriftführer: L. Mahler.

Jörgen Möller.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. M. Lermoyez (Paris) ist zum correspondirenden Mitglied der Wiener laryngologischen Gesellschaft erwählt worden.

Die Wiener Allgemeine Poliklinik und die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten.

Ein Zusatz.

Meine Aufmerksamkeit ist soeben auf die Thatsache gelenkt worden, dass bei der Aufzählung der österreichischen laryngo-rhinologischen Institute (vgl. Centralblatt, Mainummer, S. 237) der laryngologischen Abtheilung der Wiener Allgemeinen

Poliklinik und ihres verdienstvollen Leiters, Herrn Dr. Hans Koschier, mit keinem Worte gedacht worden ist.

Ich brauche nicht zu versichern, dass die Nichterwähnung des zweitgrössten österreichischen laryngo-rhinologischen Instituts, dessen wissenschaftliche und lehrende Thätigkeit ihm mit Recht einen Weltruf verschafft hat, eine durchaus unabsichtliche und mir selbst sehr peinliche ist und stehe nicht an, mein Versehen so schnell wie möglich gut zu machen, und dem ausgezeichneten Institut, sowie seinem Leiter mein aufrichtiges Bedauern über das Versehen auszusprechen.

Karlsbad, den 18. Juni 1908. J. Sendziak.

XVI. Internationaler medicinischer Congress.

29. August—4. September 1909 in Budapest.

XV. Section: Nasen- und Kehlkopfkrankheiten.

Prés: Prof. Dr. I. de Navratil.
Secr.: Dr. Z. Donogány.

Referate.

Baurowicz (Krakau): Therapie des Skleroms der oberen Luftwege.

Boumann (Amsterdam): S. Zwaardemaker.

Bresgen (Wiesbaden): Heufieber, nervöses Asthma und Schwellung der Nasenschleimhaut.

Burger (Amsterdam): Nasaler Schwindel.

Castex (Paris): Traitement opérativ des tumeurs malignes du nez et du pharynx.

Chiari (Wien): Die Diagnose und Behandlung des Larynxcarcinoms.

Citelli (Catane): Les végétations adénoïdes.

Denker (Erlangen): Die orbitalen Affectionen der Nasen-Nebenhöhlenerkrankungen.

v. Eicken (Freiburg i. Br.): S. Killian.

Gluck (Berlin): Die Diagnose und Behandlung des Larynxcarcinoms.

Grossmann (Wien): Ueber das nasale Asthma.

Hajek (Wien): Erkrankungen des Siebbeinzellenlabyrinthes und der Keilbeinhöhle.

Heryng (Warschau): Die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose.

Killian und v. Eicken (Freiburg i. Br.): Die Leistungen der directen Untersuchungsmethoden.

Kubo (Fukuoka, Japan): Die chirurgische Behandlung der Kehlkopf- und Luftröhren-Stenosen.

Luc (Paris): Complications crâniennes et intraerâniennes des suppurations du sinus frontal.

Massei (Napoli): La pratica chirurgica dell' Larynge tuberculosa.

Moure (Bordeaux): Traitement opératif. des tumeurs malignes du nez et du pharynx.

Sargnon (Lyon): Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.

Schadle (St. Paul, U. S. A.): Hay-fever, asthma and other neuroses of nasal origin.

Schmiegelow (Kopenhagen): Primary malignant disease of the trachea treated by resectio of the trachea.

v. Schrötter (Wien): Therapie des Skleroms der oberen Luftwege.

Semon (London): The diagnosis of the cancer of the larynx.

Uchermann (Christiania): Die chirurgische Behandlung der Kehlkopf- und Luftröhren-Stenosen.

Zwaardemaker (Utrecht) und Boumann (Amsterdam), Experimentelle Phonetik vom medicinischen Standpunkte.

Vorträge.

Broekaert (Gand). — Botey (Barcelone). — Koschier (Wien). — Laurens (Paris). — Raoult (Paris). — Seifert (Würzburg). — Taptas (Constantinople). — Zarniko (Hamburg).

Zur Statistik der laryngologischen Specialjournale.

Die „Zeitschrift für Ohrenheilkunde" wird sich in Zukunft auch mit laryngologischen Fragen befassen. Prof. Killian (Freiburg) hat die Leitung des diesbezüglichen Theiles des Blattes übernommen. (Aus den „Annales des Maladies de l'Oreille etc.).

Vereinigung der Deutschen laryngologischen Gesellschaft und des Vereins Süddeutscher Laryngologen zum Verein Deutscher Laryngologen.

Am 7. und 8. Juni tagte unter dem Vorsitze von Herrn Vohsen, wie bisher in Heidelberg, der Verein süddeutscher Laryngologen; ebendorthin hatte der Vorsitzende, Herr Geh.-Rath Fränkel, die Mitglieder der Deutschen laryngologischen Gesellschaft geladen. In je einer kurzen Geschäftssitzung beider Vereine wurde einstimmig beschlossen, dass die Deutsche laryngologische Gesellschaft in einen Verein deutscher Laryngologen übergeht. Der Verein süddeutscher Laryngologen nimmt, wie ebenfalls einstimmig beschlossen wurde, den Namen „Verein deutscher Laryngologen" an und nimmt die bisher von der Deutschen laryngologischen Gesellschaft vertretene Pflege der Standesinteressen in sein Programm auf. Auf Antrag Herrn Geh.-Rath Fränkel's ging die Verwaltung der Bernhardt Fränkel-Stiftung, die bekanntlich bei Gelegenheit seines 70. Geburtstages begründet wurde, an den Verein deutscher Laryngologen über.

Dieser nahm 24 Aufnahmen von neuen Mitgliedern vor und hat damit etwa 320 Mitglieder; die Präsenzliste zeigte 148 Herren.

Der Vorstand für 1909 setzt sich zusammen: Herr Professor Denker, 1. Vorsitzender, Herr Professor Jurasz, 2. Vorsitzender. Herr Professor Killian, der für 1909 den Verein nach Freiburg einlud, dürfte dort das Lokalcomité vertreten, endlich Herr Neugass, Kassenführer, Herr Blumenfeld, Schriftführer.

(Wir verdanken obige officielle Mittheilung Herrn Collegen Blumenfeld, dem Schriftführer der neuen Vereinigung.)

Dankbarkeit!

Reicher Patient zum Arzt, der ihm soeben mit grosser Schwierigkeit einen Erstickung drohenden Knochen aus dem Kehlkopf entfernt hat: „Wieviel schulde ich Ihnen für die kleine Bemühung, Herr Doctor?"

Arzt: „Ich werde ganz zufrieden sein, wenn sie mir die Hälfte von dem geben wollen, was Sie mir zugedacht haben, als der Knochen noch in Ihrem Halse steckte!"

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, August. 1908. No. 8.

I. Die internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresse.*)

Von Prof. Dr. A. Jurasz in Heidelberg.

M. H.! Der bisherige Verlauf unserer Sitzungen wird wohl in uns allen den Wunsch wachgerufen haben, es möchte nicht das letzte Mal sein, dass wir uns als Laryngologen zusammengefunden, um in die Vorrathskammer unserer Wissenschaft immer neue und reichliche Früchte zu tragen und das weitere Gedeihen der Laryngo-Rhinologie zu fördern. Bei dem sich nahenden Schlusse unserer Tagung ist es also nothwendig, eine Entscheidung zu treffen, ob wir uns wieder zu einem internationalen Laryngo-Rhinologencongresse versammeln oder nicht und wo und wann dies geschehen könne. Wir haben demnach eine geschäftliche Frage von hoher Bedeutung zu erörtern. Als dem Referenten wird es mir nicht leicht, das ganze einschlägige Material in wenigen Worten zusammenzustellen und diese scheinbar einfache Frage nach allen Richtungen hin zu beleuchten. Immerhin will ich mich bemühen, ohne weitschweifig zu sein, die wichtigsten in Betracht kommenden Momente zu berücksichtigen und dadurch die Grundlage für die Berathungen zu schaffen.

Die Geschichte der internationalen Laryngo-Rhinologencongresse beginnt in der Zeit, in welcher die Laryngologie in ihrer raschen Entwickelung bereits so weit vorgeschritten war, dass sie zu den bestcultivirten medicinischen Doctrinen gerechnet und als eine besondere Specialität allgemein anerkannt wurde. Es war im Jahre 1880, als Herr College Labus im Hinblick auf den in Mailand festgesetzten internationalen Otologen- und Ophthalmologencongress an die Halsärzte aller Länder den Aufruf erlassen hatte, sich ebenfalls in der lombardischen Hauptstadt zu einer wissenschaftlichen Zusammenkunft einzufinden. Zahlreiche Fachgenossen von nah und fern entsprachen diesem Rufe und waren von den Resultaten der gemeinsamen Arbeit so befriedigt, dass sie den Beschluss fassten, in

*) Vortrag, gehalten auf dem I. Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse in Wien 1908, und abgedruckt aus der „Wiener med. Wochenschrift“ No. 24, 1908 mit Genehmigung des Verfassers und der Redaction der W. m. W.

bestimmten Zeitabschnitten weitere derartige Tagungen zu veranstalten. Allein schon die zweite, für das Jahr 1882 in Paris vorgesehene Versammlung kam nicht mehr zu Stande, da inzwischen im Jahre 1881 auf dem VII. allgemeinen internationalen medicinischen Congresse in London eine besondere laryngologische Section, freilich nur in der bescheidenen Form einer Subsection der inneren Medicin, eingerichtet wurde und sich auf diese Weise den Laryngologen die günstige Gelegenheit darbot, bei ihren Congressen in directe Fühlung mit den übrigen medicinischen Zweigen zu treten. Die überraschend grosse Betheiligung der Laryngologen in London, die Menge von anregenden Vorträgen, Discussionen und Demonstrationen und der überaus glänzende Verlauf der Verhandlungen erweckten die Zuversicht, dass der Fortbestand einer selbstständigen laryngologischen Section auf den allgemeinen internationalen Congressen für die Zukunft gesichert und deshalb die Abhaltung von Sondercongressen überflüssig sein werde.

Diese Zuversicht erwies sich jedoch als trügerisch. Denn wenn auch den Laryngologen auf den internationalen Congressen in Kopenhagen, Washington, Berlin, Rom und Moskau thatsächlich eine eigene Section zugestanden wurde, so geschah dies keineswegs immer mit der erwarteten Bereitwilligkeit und dem gebührenden Entgegenkommen von Seite der Organisationscomités. Schon in Kopenhagen, dann in Washington und später in Rom wollte man aus kleinlichen, localen, selbst persönlichen Gründen die Laryngologie mit der Otologie vereinigen und in Moskau sollten die Laryngologen mit den Zahnärzten eine Gruppe bilden. Auf die lauten Proteste, welche sich dagegen erhoben, nahmen zwar die betreffenden Geschäftsführer von ihrem Vorhaben Abstand, aber das Bestreben, der Laryngologie eine Gleichstellung mit anderen Specialitäten zu verweigern, tauchte auf den weiteren Congressen immer wieder von Neuem auf. In Paris und Madrid wiederholten sich dieselben Versuche und nur mit Mühe gelang es, die Verschmelzung der laryngologischen und otologischen Sectionen zu verhindern. Endlich auf dem letzten Congresse in Lissabon im Jahre 1906 spitzte sich diese Angelegenheit zu einer Krise zu. Das Lissaboner Organisationscomité lehnte die Bildung einer laryngologischen Abtheilung rundweg ab und da es sich weder durch Unterhandlungen noch Vorstellungen auch aus nichtlaryngologischen Kreisen (Waldeyer, Posner) bewegen liess, diese Ablehnung rückgängig zu machen, so sahen sich die Laryngologen genöthigt, zum äussersten Mittel ihre Zuflucht zu nehmen; sie blieben dem Congresse fern.

Es würde zu weit führen, wollten wir diesem nur kurz skizzirten historischen Rückblick nähere Bemerkungen anfügen, wie sich der Anschluss der Laryngologenzusammenkünfte an die internationalen medicinischen Congresse während eines Zeitraumes von 25 Jahren zu einer nahezu ununterbrochenen Leidensgeschichte gestaltete und wie ferner die Laryngologie den ihr aufgedrungenen Kampf mit seltener Geduld und Ausdauer nur zu dem Zwecke fortsetzte, um ihre wissenschaftliche Stellung zu wahren, in unmittelbarer Beziehung mit der gesammten Medicin zu bleiben und diejenigen Rechte, welche man anderen Specialfächern eingeräumt hatte, zu erlangen. Eines dürfen wir aber an dieser Stelle nicht unerwähnt lassen, das sind die uns allen bekannten grossen Verdienste, die sich in diesem Kampfe einige Fachgenossen, namentlich Felix Semon und Bern-

hard Fränkel, erworben haben. Ich glaube im Sinne aller Laryngologen zu handeln, wenn ich hier diesen Herren für ihre Aufopferung und ihre eifrigen Bemühungen öffentlich die vollste Anerkennung und den herzlichsten Dank ausspreche. Mit Freude gedenken wir dabei der günstigen Resultate, die wir mit ihrer Hülfe errungen, und mit Bedauern der Zwangslage, in welcher wir zuletzt die Waffen haben strecken müssen. Wir sind einer Force majeure unterlegen, die sich auch sonst im Leben den klarsten und triftigsten Argumenten häufig genug als unzugänglich erweist.

Nach den bitteren Erfahrungen, die wir gesammelt haben, läge es wohl am nächsten, alle Verbindungen mit den allgemeinen internationalen Congressen gänzlich zu lösen und uns dadurch von der Gnade der Organisationscomités für immer zu befreien. Allein das Entgegenkommen, welches uns für den nächsten bevorstehenden Congress in Budapest durch die versprochene Bewilligung einer eigenen Section zu Theil wurde, giebt den Anlass, zu überlegen, ob wir den radicalen Weg einschlagen sollen oder nicht. Politisch wäre es zwar nicht, die uns freundlich entgegengestreckte Hand zurückzuweisen und endgültig alle noch möglichen Brücken der Verständigung niederzureissen, practisch aber wäre durch die Annahme des Anerbietens noch lange nicht die ersehnte Stabilität unserer unabhängigen Section erreicht und die Gefahr etwaiger Conflicte in der Zukunft beseitigt. Hat man uns doch in Berlin eine eigene Abtheilung ohne irgend welche Schikanen zugebilligt und trotzdem dieselbe auf den darauffolgenden Congressen wieder verweigert. So erfreulich also auch die Thatsache ist, dass das Budapester Organisationscomité unseren Anforderungen keine Hindernisse in den Weg legen will, so begründet ist die Befürchtung, dass man uns später in dieselbe Lage, wie die jetzige, versetzen kann. Andererseits ist nicht zu leugnen, dass ein eventueller Beschluss, dem Budapester Congresse fernzubleiben, sich dadurch bitter rächen kann, dass nur durch unsere Schuld eine vereinigte oto-laryngologische Section zu einer dauernden Institution der internationalen Congresse erhoben wird. Dieses Problem wäre vielleicht in der Weise zu lösen, dass wir uns in Budapest versammeln, dabei aber dem Beispiele anderer Specialisten folgen, die neben ihren eigenen Sectionen auf den allgemeinen Congressen ihre regelmässigen Sondercongresse abhalten. Anknüpfend an das Jahr 1880 und an die jetzige Tagung könnten wir demnach weitere internationale Laryngo-Rhinologencongresse einberufen, unbekümmert darum, welchen weiteren Lauf unsere Angelegenheit auf den allgemeinen Congressen nehmen wird. Dieser Schritt würde uns auf keinen Fall Verlegenheiten bereiten, vielmehr unsere Selbstständigkeit documentiren und voraussichtlich auch die allgemeinen Congresse von ferneren Rücksichtslosigkeiten abhalten.

Alles das sind höchst wichtige Fragen, die eine gewissenhafte Prüfung erfordern; sie berühren aber noch nicht den wichtigsten Punkt, nämlich den schweren Conflict der in unserer Mitte ausgebrochen ist und der am meisten ins Gewicht fällt, weil er neben der Congressfrage tief in die Existenzbedingungen der Laryngologie eingreift. Eine junge Generation von Hals- und Ohrenärzten ist herangewachsen, welche die Laryngologie und die Otologie zuerst in der Praxis vereinigt hat und in letzter Zeit auf vollständige Verschmelzung beider Fächer

auch in der Wissenschaft und auf dem Gebiete des Congresswesens stürmisch hinarbeitet. Bereits in den letzten Phasen des Kampfes in Lissabon hat sich diese Bewegung unliebsam bemerkbar gemacht, da sie mit dazu beigetragen hat, die schwierige Stellung der um ihre begründeten Ansprüche ringenden Laryngologen zu erschüttern und zu schwächen. Denn als es im Jahre 1905 darauf ankam, festzustellen, welche Stimmung unter den Interessenten herrsche, zeigte es sich schon damals, dass sich für die Trennung der laryngologischen und otologischen Sectionen auf den internationalen Congressen nur in Deutschland, England und Oesterreich-Ungarn eine Majorität, dagegen in Frankreich, Belgien, Italien, Spanien und Holland eine verschwindende Minorität gefunden hat. Niemand wird behaupten, dass sich diese Verhältnisse in den letzten Jahren zu Gunsten der Laryngologie gebessert haben. Sie haben sich insofern verschlechtert, als auch ein sehr grosser Theil der Otologen dieser Allianz als einem wünschenswerthen Ereignisse freudig entgegensieht.

Unsere actuelle Frage hat mithin eine wesentliche Verschiebung erfahren und ist insofern complicirter geworden, als zu den äusseren Verwickelungen auch noch innere Differenzen hinzugetreten sind. Vor allem müssen die letzteren den Gegenstand unserer Berathungen bilden, da sie von ungleich grösserer Tragweite sind als jene. Wenn nämlich ein grosser Theil der Unseren auf die Verschmelzung der Laryngologie und Otologie auch auf den internationalen Congressen drängt und dadurch diesen wichtigen Posten, auf dem die vitalen Interessen unserer Specialität einen Rückhalt finden, aufgeben will, so erscheint es wohl dringend geboten, dass wir, ehe wir diesen Schritt thun, uns darüber klar werden, ob er in seinen Motiven berechtigt ist oder nicht und namentlich ob er in seinen Folgen für unsere Doctrin Gewinn oder Verlust nach sich zieht.

Der Umstand, dass der practische Halsarzt auch Otologie und der Ohrenarzt auch die Laryngologie betreibt, ist für die Fragen, die uns hier beschäftigen, nur von geringer Bedeutung. Es ist dies eine rein wirthschaftliche Angelegenheit, die sich erklärt aus der beispiellos raschen Entwickelung der Laryngologie und Otologie, aus dem schnellen und immer stärkeren Andrang der jungen Aerzte zu diesen Specialitäten und dem daraus hervorgegangenen Ueberwiegen des Angebotes gegenüber der Nachfrage und endlich aus der stets wachsenden Concurrenz, die zu einer Verbindung beider Fächer in der Praxis führte. Diese Verbindung hat bereits eine Tradition hinter sich und ist im breiten Publicum ganz populär geworden. Derselben Combination begegnen wir auch auf den Universitäten. Auch hier macht sich die Neigung geltend, die beiden Specialitäten in einer Hand zu vereinigen und durch einen Docenten vertreten zu lassen. Und wiederum sind es vorwiegend ökonomische Gründe, die ausschlaggebend sind und die man vom Standpunkte der Regierungen aus begreiflich findet. Um so mehr aber unbegreiflich und vom rein wissenschaftlichen Standpunkte zu bedauern ist es, dass vielfach die Facultäten in völliger Verkennung ihres eigenen Interesses dieser Bestrebung Sympathie entgegenbringen, dass sie oft nur aus persönlichen Gründen oder, wie dies von Alters her Sitte ist, aus Furcht vor Zersplitterung jedem neu aufstrebenden oder selbst blühenden Zweige der Wissenschaft Schwierigkeiten in den Weg legen und die Selbstständigkeit der einzelnen Doctrinen zu

verhindern oder wenigstens zu verzögern suchen. Jeder von uns, dem in seiner Specialität die Liebe zur Sache und die Wissenschaft höher steht, als practische und wirthschaftliche Erwägungen, muss zugeben, dass sowohl die Laryngologie als auch die Otologie nicht den halben, sondern den ganzen Mann verlangt und dass es wohl nur wenige giebt, die auf dem einen und dem anderen Gebiete zugleich wirklich Bedeutendes leisten. Wenn also bei unseren heutigen Verhandlungen darauf hingewiesen werden sollte, dass das, was die Praxis und die Universität schon verkoppelt haben oder noch in grösserem Maasse zu verkoppeln suchen, auch auf den Congressen nicht zu trennen sei, so ist dieser Grund nicht als stichhaltig anzusehen.

Mit grosser Betonung wird weiter ein anderes Moment hervorgehoben, nämlich die ganz nahe Verwandtschaft beider Fächer. Es ist eigenthümlich und höchst merkwürdig, dass diese Verwandtschaft der Laryngologen und Otologen sehr lange Zeit hindurch vollkommen unbekannt geblieben, erst in den letzten Decennien entdeckt und dann gleich urbi et orbi laut proclamirt worden ist. Allerdings stehen sie in Beziehung zu einander durch ein Grenzgebiet, wollte man aber daraus eine nahe Verwandtschaft herleiten, so müsste eine solche ebenso gut zwischen den Laryngologen und Ophthalmologen vorhanden sein. Und dies ist bis jetzt noch niemals behauptet worden.

Aus dem Gesagten ergiebt sich also keineswegs die zwingende Nothwendigkeit, die Laryngologie mit der Otologie auf den internationalen Congressen zu vereinigen. Noch viel weniger kann man sich für diese Vereinigung erwärmen, wenn man ihre Schattenseiten näher ins Auge fasst.

Auf den meisten bisherigen allgemeinen internationalen medicinischen Congressen zeigte es sich, dass die laryngologische Section eher an einem Ueberfluss als an einem Mangel von angemeldeten Vorträgen gelitten hat. Gewöhnlich reichte die Zeit kaum aus, um mit dem Material fertig zu werden; oft bedingte die vollständige Erledigung des Programms eine Hast, die von den Theilnehmern unangenehm empfunden und lebhaft bedauert wurde. Ueber dieselben Verhältnisse können auch die Otologen berichten. Was soll daraus werden, wenn das Material, welches zwei Sectionen in einer bestimmten Zeit voll beschäftigte, in einer Section und in derselben Zeit verarbeitet werden soll? Wird da nicht die Arbeit weniger gründlich und vor allem überstürzt ausfallen und sich ihr Niveau abflachen müssen? Werden demnach nicht beide Specialitäten Noth leiden oder, wenn die eine bevorzugt wird, die andere zu kurz wegkommen? Wird nicht im letzteren Falle die Laryngologie es sein, welche die Rolle des Aschenbrödels spielen wird? — Und wenn der Nutzen der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie in eine Section darin liegen soll, dass der practische Laryngo-Otologe gleichmässig und bequem seine Kenntnisse auf beiden Gebieten bereichern und erweitern kann, wie soll er sein Ziel erreichen — in Sitzungen, die den Stempel der Eile und der Einseitigkeit an sich tragen?

Es ist leider in einem kurzen Referate unmöglich, das „Für" und „Wider" der ganzen Congressangelegenheit breit und erschöpfend zu illustriren. Nachdem ich mich nur auf die wichtigsten Punkte beschränkt habe in der Erwartung, dass die gegenseitige Aussprache, sei es hier, sei es in einer etwa zu wählenden Kom-

mission, noch eine Reihe von Ergänzungen bringen wird, möchte ich zum Schlusse noch auf unsere jetzige Zusammenkunft als einen Factor hindeuten, der geeignet sein dürfte, im Sinne der obigen Ausführungen auf uns alle einen versöhnenden Einfluss auszuüben.

Niemand kann bestreiten, dass auch auf diesem Congresse eine redliche wissenschaftliche Arbeit geleistet worden ist und wir allen Grund haben werden, uns über die reiche Ernte unserer Tagung zu freuen. Die Laryngologie hat der ganzen Welt einen neuen Beweis ihres vollen Aufstrebens, ihrer Lebenskraft und ihrer Leistungsfähigkeit erbracht! Damit ist ein neuer und wichtiger Anhaltspunkt gewonnen, um die brennende Congressfrage nicht vom kleinlichen, materiellen oder gar persönlichen, sondern vom idealen und wissenschaftlichen Standpunkte einer definitiven Lösung entgegenzuführen. Mögen unsere heutigen Berathungen im Geiste der Begründer der Laryngologie, zu deren Gedenkfeier wir uns hier vereinigt haben, ihren Gang nehmen und mögen wir dessen eingedenk sein, dass sich jetzt der bekannte, entsprechend modificirte Ausspruch auch auf uns bezieht:

Videant consules, ne quid detrimenti respublica laryngologica capiat!

II. Rückblicke auf den I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress.

Wien, 21. bis 25. April 1908.

(Schluss.)

Es erübrigt noch, auf die beiden Discussionen über „Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medicinischen Standpunkt, Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten“ und über „Internationale Laryngologencongresse“ einzugehen.

Die erste dieser Fragen wurde von den beiden Referenten, B. Fränkel und Lermoyez, in völlig verschiedener Weise aufgefasst. Fränkel gab — wie dies wohl von dem vorbereitenden Comité beabsichtigt worden war — ein Bild von dem gegenwärtigen Stande des Unterrichts und der Prüfungen in diesen Fächern in einigen der grössten Culturstaaten; Lermoyez griff diejenigen Fortschritte in beiden Gebieten heraus, die seiner Auffassung nach den einzelnen Perioden des ersten halben Jahrhunderts des Bestehens wissenschaftlicher Laryngologie und Rhinologie ihren Stempel aufgedrückt hatten. So aufmerksam die Versammlung beiden Vorträgen folgte, so wenig wollte sich eine fruchtbringende Discussion gestalten. Es ist nicht das erste Mal, dass Schreiber dieser Zeilen mit tiefem Bedauern constatirt hat, dass es in unserer Specialität, ebenso wie in der Medicin im Allgemeinen leider noch immer an Interesse für die politische und sociale Stellung unserer Faches mangelt. Wie wenig Gebrauch ist in den 24 Jahren des Bestehens des Centralblatts von dem Briefkasten für die Discussion von Standesfragen gemacht worden, obwohl immer und immer wieder zu einer

solchen eingeladen worden ist! — Wie wenig beschäftigen sich die Specialgesellschaften und auch die Mehrzahl der Specialjournale mit solchen! — Auch diesmal wieder ertönte aus der Mitte der Versammlung der Ruf, wir seien zur Besprechung wissenschaftlicher Fragen, nicht socialpolitischer zusammengekommen. — Als ob es nicht zum Gedeihen der Wissenschaft, zur Förderung des Unterrichts, zur Hebung der Stellung unserer Specialität im Rahmen der Gesammtmedicin von höchster Bedeutung wäre, dass wir uns über unseren Entwickelungsgang unter einander verständigten! — Ich halte es für äusserst dankenswerth, dass das vorbereitende Comité des Wiener Congresses diese Frage auf die Tagesordnung gesetzt hatte. Es ist nicht nur wünschenswerth, es ist direct nothwendig, dass wir nach längerer Pause bei einer solchen seltenen internationalen Gelegenheit aus competentem Munde erfahren, wo wir augenblicklich stehen, in welcher Richtung wir weiter streben sollen, von welcher Seite her Gefahren für die gesunde Entwickelung unseres Faches drohen. Das war in dem Fränkel'schen Referat m. E. voll realisirt und in klarer und gemässigter Form zum Ausdruck gebracht worden. Der Schluss der Rede verdient es, hier wörtlich wiedergegeben zu werden*):

„Vielfach tritt das Streben hervor, die Laryngologie mit der Otiatrie zu verschmelzen. Manche äusseren Gründe sprechen hierfür. Unter den Specialisten nehmen die Ohren- und Halsärzte die höchste Anzahl für sich in Anspruch. Die vereinten beiden Specialitäten geben im Kampfe ums Dasein ein besseres Rüstzeug ab, als jede einzelne. Auch scheint es, als wenn Professoren, die beide Fächer lehren, leichter die höchste Staffel der academischen Würde, die ordentliche Professur, erreichten. Freilich muss sich eine weitschauende Universitätspolitik fragen, ob der vermehrte Eintritt von Specialisten in die Facultät wünschenswerth ist, da die Gefahr entstehen kann, dass die allgemeinen Gesichtspunkte dieser Körperschaft von den Kirchthumsinteressen der verschiedenen Disciplinen einigermaassen geschädigt werden könnten. Gegenüber den äusseren Bedingungen, die eine Vereinigung der beiden Fächer befürworten könnten, muss aber betont werden, dass sie sachlich durchaus verschieden sind. Die beiden Disciplinen sind verschiedenen Ursprungs und in ihrer angeborenen Grundfarbe verschieden. Selbst in dem gemeinsamen Bereich, bei der Nase, reden die Lehrbücher der Otologen einen anderen Dialect, als die der Laryngologen. Wer Grosses will, muss sich zusammenraffen; in der Beschränkung zeigt sich erst der Meister! Die Otiatrie mit der Laryngologie vereint, würde aber ein Gebiet ausmachen, welches kaum mehr als eine Specialität betrachtet werden könnte. Von den Sinus des Gehirns über das Ohr und die Nase mit ihren Nebenhöhlen hinweg, den Mund, Schlund und Oesophagus, den Kehlkopf, die Trachea und Bronchien umfassen und in allen diesen Organen sowohl als Chirurg wie als innerer Mediciner wirken, wer das kann, ist nicht mehr ein Specialist! Für die Laryngologie ist dabei die Gefahr vorhanden, dass sie allmählich zu einem Nebenfach der Otiatrie herabsinkt. Dagegen müssen wir sie schützen, und das werden wir am besten können, wenn

*) Nach dem Bericht in der „N. Fr. Pr." 22. April 1908.

wir fortfahren, auf unserem Gebiet wissenschaftlich zu arbeiten. Umgeben wir die Burg der Laryngologie mit einem dichten Pallisadenwall wissenschaftlicher Arbeiten, und sie wird uneinnehmbar sein!“

Wie schon in Wien, so möchte ich mich hier noch einmal mit jedem dieser trefflichen Worte einverstanden erklären. Die Wahrheit derselben scheint mir völlig unbestreitbar, und ist auch in der Discussion selbst kaum ernsthaft angefochten worden. Gewiss hat die Rhinolaryngologie mit den verschiedensten anderen Zweigen der Medicin, und so auch mit der Otologie, zahlreiche Berührungspunkte, und wie andere Collegen, so habe auch ich immer und immer wieder auf die Nothwendigkeit hingewiesen, unser Specialfach in innigem Zusammenhang mit ihnen und mit der allgemeinen Medicin zu halten; wenn aber die Existenz von solchen Berührungspunkten neuerdings die Forderung in sich schliesst, sämmtliche berührten Gebiete unserem Specialfach anzugliedern, so hört dabei, wie ich schon im Jahre 1899 in diesem Blatte hervorgehoben habe (Bd. XV, S. 338), und wie es Fränkel jetzt wieder nachdrücklich mit specieller Bezugnahme auf die Otologie betont, der Specialismus überhaupt auf! — Der Specialismus in der Medicin, der vom idealen Gesichtspunkt überhaupt nichts als ein nothwendiges Uebel ist, erhält practisch m. E. nur dadurch eine Berechtigung, dass die Cultivirung gewisser Gebiete eine besondere, nur durch längere Erlernung erreichbare Fertigkeit verlangt, welche es ihrem Inhaber ermöglicht, gewisse Dinge besser zu thun, als dies jemand kann, der sich nur gelegentlich mit diesen Dingen beschäftigt. — Von diesem Standpunkt aus ist die wissenschaftliche und practische Berechtigung der Rhinolaryngologie als einer selbstständigen Specialität unantastbar, da sie zu ihrer diagnostischen und therapeutischen Beherrschung ein Maass technischen Könnens erfordert, das nur durch längere Ausbildung erreicht, nur durch stete Fortbildung auf der Höhe erhalten werden kann. Stellt man aber nunmehr die weitere Forderung, dass der Rhinolaryngologe dasselbe Wissen und Können auf allen Gebieten besitze, mit denen ihn seine Beschäftigung gelegentlich in Berührung bringt, und dass alle diese Gebiete dem seinen im Unterricht, im Examen, in der Praxis, in der Besetzung von Lehrstühlen, in den Specialgesellschaften und in den Specialjournalen angegliedert werden müssen, so ist ohne Weiteres ersichtlich, dass der Begriff des Specialismus ad absurdum reducirt wird! — Fränkel hat dies in den oben citirten Worten sehr hübsch in Bezug auf die Otologie ausgeführt: gelten dieselben aber nicht auch in gleichem oder annähernd gleichem Maasse für die innere Medicin, die Chirurgie, die Ophthalmologie — bezüglich welcher sich in neuerer Zeit ganz ähnliche Tendenzen kundgeben, als das Bestreben, die Laryngologie mit der Otiatrie zu verschmelzen —, die Neurologie, die Dermatologie, die Pädiatrie, die Odontologie, welche doch sämmtlich mit der Rhinolaryngologie eine grosse Anzahl inniger Berührungspunkte besitzen? — Wird irgend jemand verlangen, dass der Laryngolog auch „Specialist“ für alle diese Fächer sei, oder dass die Professur für Laryngo-Rhinologie mit derjenigen für Ophthalmologie als „innerlich nothwendig zusammengehörig“ verschmolzen werden müsse, oder dass die bisher getrennt bestehenden Specialgesellschaften und Specialjournale beider Fächer mit einander amalgamirt werden sollen? — Logisch aber ist das eine ganze directe

Folge des ungestümen Verlangens, die Laryngologie mit der Otiatrie zu verschmelzen.

Und wo sind denn, so frage ich heute, wie schon wiederholt früher, die wissenschaftlichen Gründe, welche dieses Verlangen rechtfertigen? Ich habe wiederholt sorgfältig verschiedene Ausführungen gelesen, welche dasselbe wissenschaftlich zu begründen versuchten, ich habe mich aber beim besten Willen nicht von ihrer Stichhaltigkeit überzeugen können. Jetzt, in Wien, habe ich während der ganzen Dauer des Congresses mit Interesse auf ein Argument gewartet, welches die Nothwendigkeit oder selbst nur die wissenschaftlichen Vortheile der Verschmelzung unwiderleglich darthäte: kein solches ist gegeben worden! —

Ich möchte die vorstehenden Betrachtungen noch einmal der ernstlichen Erwägung meiner Fachgenossen unterbreiten. Sie verdienen eine solche. Nicht dass ich irgend ein Wort gegen die Verbindung beider Specialitäten in der Privatpraxis zu sagen hätte. Mag doch dort jeder thun, was er beliebt. Ebensowenig wird etwas dagegen einzuwenden sein, wenn bei kleineren Zusammenkünften und bei geringerem Material eine combinirte Section für die Laryngo-Rhino-Otologie eingerichtet wird, oder wenn an kleineren Universitäten, wo weder die Mittel für das Bestehen zweier unabhängiger Kliniken, einer laryngo-rhinologischen und einer otiatrischen, ausreichen, noch genügendes Material vorhanden ist, der Lehrauftrag für beide Fächer in eine Hand gelegt wird. Das alles sind Zweckmässigkeitsgründe, die nicht von der Hand zu weisen sind. Wogegen ich und meine Gesinnungsgenossen uns auflehnen, ist nur die — unserer ehrlichen Ueberzeugung nach wissenschaftlich nicht berechtigte — Behauptung, dass die Laryngo-Rhinologie und die Otiatrie innerlich und nothwendig zusammengehören, und die principielle Forderung, dass dieselben beim Unterricht, bei den Prüfungen und bei grösseren, speciell bei internationalen Zusammenkünften mit einander verschmolzen werden sollen. Für die Berechtigung dieser Behauptung und dieser Forderung ist niemals ein zwingender Beweis gegeben worden, und der Wiener Congress hat einen solchen sicherlich nicht erbracht.

Wohl aber hat er dieser Frage treffliche Dienste geleistet, indem er erstens die Bedenklichkeit einer zu weiten Ausdehnung unserer Specialität in helles Licht gerückt hat, zweitens die nichts weniger als theoretische Gefahr klar präcisirt hat, dass bei einer Verwirklichung der Verschmelzungsgelüste die Laryngologie, die völlig unabhängig von der Otiatrie entstanden ist und sich so schön entwickelt hat, zu einem Nebenfach derselben herabsinken könnte, und indem er drittens und vor allen Dingen den unwiderleglichen practischen Beweis geliefert hat, wie unzweckmässig es bei diesen grossen internationalen Zusammenkünften wäre, die beiden Specialitäten in einen Specialcongress, resp. in eine Section zu verschmelzen. Denn wie in unseren Berichten gezeigt, ist es uns trotz harter, langer Arbeit, trotz bedeutender Beschränkung der den Rednern zugemessenen Zeit auch nicht annähernd gelungen, das angemeldete Material zu erledigen. Wie hätte es erst werden sollen, wenn der Congress beiden Fächern gewidmet gewesen wäre und die jedem derselben zugewiesene Zeit dadurch auf die Hälfte der zu Gebote stehenden Frist hätte reducirt werden müssen? —

Dies Argument, das selbst von den Fusionsfreunden schon früher als

berechtigt anerkannt worden ist, erwies sich in Wien als so unwiderleglich, dass von keiner Seite auch nur der Versuch gemacht wurde, dafür einzutreten, dass bei weiteren internationalen laryngo-rhinologischen Congressen die Otologie angegliedert werden sollte. Es fiel damit eine der grössten Schwierigkeiten in der Erledigung dieser complicirten Frage, der letzten, die uns in diesem Rückblick beschäftigen soll.

Der vorzügliche Vortrag Prof. Jurasz's klärte die Situation dahin, dass nunmehr einfach zu entscheiden war, ob weitere specielle laryngo-rhinologische Congresse stattfinden sollten oder nicht.

Unter dem starken Eindruck des eben erzielten Erfolges schien es fast selbstverständlich, dass diese Frage bejahend beantwortet werden würde, und in der That liess sich keine gegentheilige Stimme vernehmen. Dagegen verschloss die Versammlung sich nicht der Erkenntniss, dass die Abhaltung weiterer unabhängiger internationaler laryngo-rhinologischer Congresse in Folge des Mangels an Continuität in der Organisation der allgemeinen internationalen medicinischen Congresse und deren Beziehungen zu unserer Specialität beträchtlichen technischen Schwierigkeiten begegnen würde. In der Discussion über den Jurasz'schen Vortrag resümirte ich diese Schwierigkeiten, die ich bereits in der Aprilnummer dieses Jahres präcisirt hatte (S. 157), kurz folgendermaassen:

Angenommen, die allgemeinen Congresse würden auch in Zukunft, wie bisher, einmal alle drei Jahre abgehalten, und angenommen, dass bei denselben in Zukunft der Rhinolaryngologie widerspruchslos die Stellung einer vollen, unabhängigen Section eingeräumt würde, so schiene es mir weder nothwendig noch wünschenswerth, dass weitere unabhängige internationale Specialcongresse für Rhinolaryngologie stattfänden. Denn einerseits könne kein Zweifel darüber bestehen, dass es ebenso in den Interessen der Gesammtmedicin, wie in denen der Rhinolaryngologie läge, dass letztere stets in innigem Zusammenhange mit der Mutterwissenschaft bliebe; zweitens reiche eine sich alle drei Jahre wiederholende internationale Zusammenkunft, wie sie bei Erfüllung obiger Voraussetzung in Gestalt der rhinolaryngologischen Sectionen der allgemeinen Congresse gegeben sei, für unsere Zwecke völlig aus; drittens sei, bei Bestehenbleiben des gegenwärtigen dreijährigen Turnus der allgemeinen internationalen Congresse, nicht abzusehen, zu welchen Zeiten die internationalen laryngologischen Specialcongresse abgehalten werden könnten, ohne dass die beiden Veranstaltungen einander empfindlich schädigten.

Angenommen andererseits, dass es gelänge — wie dies vielerseits gewünscht würde —, die allgemeinen internationalen Congresse statt alle drei Jahre nur alle vier Jahre tagen zu lassen, und dass bei diesen Congressen der Rhinolaryngologie die ihr gebührende Stellung eingeräumt würde, so würde man sich nur darüber schlüssig zu machen haben, ob eine solche, alle vier Jahre sich wiederholende Zusammenkunft genüge, oder ob ausserdem noch laryngologische Specialcongresse abzuhalten seien. Würde letzteres beschlossen, so würde keine Schwierigkeit entstehen, indem die Specialcongresse auch einmal alle 4 Jahre, und zwar je zwei Jahre nach Abhaltung eines allgemeinen Congresses tagen könnten.

Angenommen endlich, dass bei dem bedauerlichen Mangel an Continuität in den Principien der allgemeinen internationalen Congresse nach dem nächsten derselben, dem Budapester, der Laryngologie wieder eine neue Schwierigkeit bezüglich der Gewährung einer ihrer würdigen unabhängigen Stellung gemacht werden sollte, so sei es nunmehr, wo die Versammlung ihre Zustimmung zur Abhaltung weiterer internationaler laryngologischer Specialcongresse gegeben habe, leicht, solchen Schwierigkeiten entgegenzutreten: man würde einfach darauf verzichten, sich eine Stellung bei dem betreffenden internationalen Congress zu erkämpfen, und statt dessen einen internationalen rhinolaryngologischen Specialcongress abhalten. Jedenfalls besässen wir nunmehr eine Waffe, um den willkürlichen Entscheidungen jedes beliebigen Organisationscomités der allgemeinen Congresse kurz und gut die Spitze abzubrechen: entweder eine volle unabhängige Section für die Rhinolaryngologie im Rahmen des allgemeinen Congresses, oder Nichtbesuch desselben seitens unserer Fachgenossen und Abhaltung eines internationalen Specialcongresses! —

Da es unmöglich sei vorauszusehen, wie die Würfel fallen würden, so bat ich die Versammlung, von einem definitiven Beschluss abzusehen und ein kleines internationales Comité zu wählen, dem die weiteren Schritte, respective die Einberufung eines weiteren Specialcongresses in 4—5 Jahren anzuvertrauen seien. Diesem Antrage wurde, wie schon in der Mainummer mitgetheilt, allseitig zugestimmt, das von mir vorgeschlagene Comité erwählt und mir die Einberufung desselben überlassen.

Ich beabsichtige nunmehr, das weitere Vorgehen vollständig von der Entwickelung der Dinge in den allgemeinen Congressen abhängig zu machen. Sollten dieselben, wie bisher, alle drei Jahre tagen und sollte das Organisationscomité des dem Budapester folgenden Congresses den Rhinolaryngologen freiwillig die Stellung einer vollen unabhängigen Section zudecretiren, so würde ich die mir anvertraute Aufgabe so auffassen, dass den Interessen unseres Specialfaches am besten dadurch gedient sei, dass wir die Einberufung eines weiteren Specialcongresses vorläufig unterliessen.

Sollte bei dem Budapester Congresse der Antrag durchgehen, dass die allgemeinen Congresse in Zukunft nur einmal alle vier Jahre tagen, so würde ich unserem Comité die Frage unterbreiten, ob dasselbe es für genügend hielte, dass die Laryngologen nur einmal alle vier Jahre in der laryngo-rhinologischen Section der internationalen allgemeinen Congresse zusammenkämen, oder ob ausserdem noch, zwei Jahre nach dem Budapester Congress, ein internationaler Laryngologencongress abzuhalten sei.

Sollte, drittens, das Organisationscomité des dem Budapester folgenden allgemeinen Congresses der Rhinolaryngologie eine unerwünschte Amalgamirung mit anderen Specialfächern oder eine untergeordnete Position zumuthen, so würde ich ohne weitere Versuche, diesen Entschluss rückgängig zu machen, das Comité einberufen, um dasselbe den Zeitpunkt und den Ort des nächsten internationalen laryngo-rhinologischen Specialcongresses bestimmen zu lassen.

Ich hoffe, dass diese Auffassung meiner Aufgabe die Zustimmung meiner Fachgenossen finden wird, stelle aber gern den Briefkasten des Centralblatts für

weitere Discussion dieser Frage, sowie überhaupt für Erörterung aller in diesem Artikel berührten Punkte zur Verfügung.

Sollte die Einberufung eines weiteren Specialcongresses nothwendig oder wünschenswerth werden, so ist vorauszusehen, dass die Wahl des nächsten Versammlungsortes auf Schwierigkeiten stossen wird. Unsere Wiener Collegen haben es uns schwer gemacht, ihnen würdig zu folgen! — Alles vereinte sich, um den eben verflossenen Congress zu einem Ereigniss ganz ungewöhnlicher Art zu gestalten: Die Jubiläumsfeier des 50jährigen Bestehens der klinischen Laryngologie, die mit dem Congress verbundene Türck-Czermak-Gedenkfeier, der Umstand, dass Wien die Wiege unserer Specialität gewesen ist, die Anziehungskraft der schönen Stadt, die vorzügliche Organisation seitens des vorbereitenden Comité's, das Präsidialtalent des Vorsitzenden, die Gastfreundschaft der Wiener laryngologischen Gesellschaft, die hohe Protection, die dem Congress zu Theil ward, die Liberalität, mit der die kostspielige Veranstaltung von den verschiedensten Staatsbehörden, von der Universität, von den Vertretern der Stadt, von Privaten gefördert wurde! — Da ist es schwer, nachzuthun! —

Aber, welcher Ort auch schliesslich gewählt werden möge, und wenn auch — wie dies nur natürlich ist — die nächste Zusammenkunft an äusserem Glanz hinter dem Wiener Congress zurückstehen sollte, die Arbeitsfreudigkeit der Laryngologen wird die gleiche sein. Und das ist doch schliesslich die Hauptsache. In der Arbeit müssen wir den Mittelpunkt unserer Zusammenkünfte suchen! —

Felix Semon.

III. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente.

1) **G. Killian** (Freiburg i. Br.). **Zur Türck-Czermak-Feier in Wien.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1908.*

Geschichte der Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie, eingetheilt in vier Perioden; die erste bis 1876, zweite bis 1884, dritte bis 1885, die vierte bis heute alle wesentlichen Errungenschaften und bedeutenden Namen auf das gewissenhafteste zusammenstellend.

HANSZEL.

2) **Roth** (Wien). **Die Anfänge der Laryngoskopie.** *Med. Klinik. 16. 1908.*

Kurzer historischer Rückblick auf die ersten Anfänge und die erste Entwickelung der Laryngoskopie mit dem Hinweis auf die unsterblichen Verdienste, welche sich Türck und Czermak um die Laryngoskopie und Laryngologie erworben haben.

SEIFERT.

3) **Frese** (Halle). **Die Fortschritte der Laryngologie seit den Zeiten Türck's und Czermak's.** *Med. Klinik. 16. 1908.*

Interessanter Rückblick auf die seit der Einführung des Kehlkopfspiegels erzielten Fortschritte und Hinweis auf die Bedeutung, welche die Laryngologie für die allgemeine Medicin gewonnen hat.

SEIFERT.

4) **Pieniazek. Ein Blick auf die Entwickelung der Methoden der oculären Untersuchung der Athmungswege.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1906.*

Gesammtüberblick über die Errungenschaften der practischen Medicin auf dem Gebiete der Luftwege im Laufe der letzten 50 Jahre, auf die Verbesserung der Laryngoskopie, Rhinoskopie, Tracheoskopie, der Intubation, der Autoskopie Kirstein's und Besprechung des jüngsten gewaltigen Fortschrittes der Bronchoskopie Killian's. Besonders hervorheben möchte Ref., dass P. zum Zwecke einer vollkommenen operativen Analgesie im Larynx nebst Bepinselungen mit 20proc. Cocainlösung noch 2—3proc. Cocainlösungen parenchymatös injicirt, dass ferner P. im Jahre 1884 auf die Idee kam, mittels eines starren Rohres (Ohrtrichter, später verlängerte Trichter) die Luftröhre durch die Trachealfistel direct zu besichtigen und auf diese Art mit der Kehlkopfpincette ein Granulom entfernte. Auf seiner Klinik wurden schon wiederholt Bepinselungen der Bronchialschleimhaut mit Cocain auf endoskopischem Wege bei heftigen Anfällen von Bronchialasthma mit gutem Erfolge vorgenommen.

HANSZEL.

5) **O. Chiari. Die Wiener Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Die officielle Errichtung der laryngologischen Klinik fand im Jahre 1870 statt, zwei Jahre nach dem Tode Türck's, dessen Erfolge die Veranlassung zur Gründung waren. Erster Vorstand war von Schrötter, der in ganz unzulänglichen Räumlichkeiten die klinischen und ambulanten Kranken, sowie den Unterricht absolviren musste; nicht viel besser hatte es sein Nachfolger Stoerk, der 1890 die Klinik übernahm. Seit 1899 ist O. Chiari Vorstand der Klinik, deren Titel nun in Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten erweitert wurde; es konnten neue Räume zur Klinik herangezogen werden, die Dank dem Entgegenkommen der Behörden mit allen jenen Behelfen ausgestattet wurden, die den modernen Bedürfnissen entsprechen. Während in den ersten 7 Monaten des Bestehens der Klinik 600 ambulante Kranke zur Behandlung kamen, stieg die Frequenz im Jahre 1878 schon auf 3000, 1890 auf 7200 und erreichte im Jahre 1907 die Zahl 12922. Es folgen nun statistische Angaben über den Belegraum, die grösseren Operationen an liegenden Kranken, sowie über die ambulatorischen Operationen.

Schliesslich wird die im Bau befindliche Klinik, die in jeder Hinsicht ein Musterinstitut werden wird, detaillirt beschrieben.

HANSZEL.

6) **Réthi** (Wien). **Der Kehlkopfspiegel im Dienste des Gesanges.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wien. klin. Wochenschrift. No. 16. 1908.*

Nach einigen einleitenden theoretischen Erläuterungen kommt R. auf die practische Seite des Spiegelbefundes bei Sängern zu sprechen und führt an, dass wir mittelst des Spiegels u. a im Stande sind zu constatiren, dass in einer dem Sänger nicht zukommenden, unrichtigen Stimmlage mit „schlechtem Ansatz“ ge-

sungen wird, dass ein acuter Entzündungsprocess vorliegt, dass Veränderungen im Ansatzrohre sich befinden. Dem Kehlkopfspiegel gebührt ein dominirender Einfluss beim Gesangsunterricht. HANSZEL.

7) **Gutzmann** (Berlin). **Sprachstörungen und Rhino-Laryngologie.** *Zeitschrift f. Laryngo-Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Das neugegründete Ambulatorium für Sprachstörungen im poliklinischen Universitäts-Institute für innere Medicin in Berlin erfreut sich auch von Seiten der Rhino-Laryngologen einer stetig zunehmenden Frequenz. Es wäre zu wünschen, dass alle angehenden Laryngologen sich über die speciellen sprachlichen Untersuchungsmethoden orientiren. HANSZEL.

8) **G. Zickgraf** (Heilstätte Oderberg). **Ueber Saponininhalationen bei Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 9. 1908 und N. Y. Medical Record. 28. Mai 1908.*

Z. weist auf den Werth einer normalen Nasenfunction bei der Behandlung der Lungentuberculose hin und empfiehlt als günstige Beeinflussung der trockenen Katarrhe der oberen Luftwege, insbesondere der Ozaena Inhalationen mit Saponin, einem aus Cortex Quillajae hergestellten Präparat. Die Patienten inhaliren 3—5 Minuten lang mit Nasenansatz (Bulling's Thermovariator) 1—2mal täglich, „leichte, trockene Katarrhe mit 1proc., schwerere Veränderungen und ausgesprochene Ozaena mit 2proc. Lösung". Die Schleimhaut hat nach dem Inhaliren eine frische, rothe Farbe, ist blutreich, ist feucht, sondert Schleim ab, und selbst die verborgensten Winkel und Taschen, die mit Spülungen nie rein zu bekommen und zu erhalten sind, zeigen keine Spur alten Secrets mehr. HECHT.

9) **Otto J. Stein. Formidin bei Affectionen von Ohr, Nase und Hals. (Formidine in affections of the ear, nose and throat.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Formidin ist ein Methylen-Jodbisalicylat. Es wurde in Pulverform auf die Operationsflächen, z. B. nach Septumresectionen, Muschelamputationen, Stirnhöhlenoperationen, sowie bei Eiterungen in der Nase, tuberculösen und syphilitischen Geschwüren etc. applicirt. Ferner wurde das Pulver in einer Reihe von Fällen von Rhinitis hyperplastica angewandt mit dem Ergebniss, dass scheinbar eine Abnahme der Hyperplasie herbeigeführt wurde. EMIL MAYER.

10) **Coderque** (de Leon). **Ueber die angebliche gefässerweiternde Wirkung des Stovain. (Sobre la pretendida accion vaso-dilatadova de la estovaina.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 2. September 1907.*

Verf. hat an Kaninchen und Hunden Untersuchungen angestellt, die zu folgenden Ergebnissen führten: Das Stovain wirkt nicht gefässerweiternd, sondern ausgesprochen gefässverengernd. Diese Gefässverengerung tritt auch ein, wenn die Gefässe von ihrer sympathischen Innervation isolirt werden. TAPIA.

11) **Camus** (Paris). **Ueber die klinische Anwendung von Aethylchlorid zur Allgemeinnarkose. (Sur l'emploi du chlorure d'éthyle en clinique pour l'anesthésie générale.)** *Société de Biologie. 11. April 1908.*

Verf. betont die Nothwendigkeit, das Aethylchlorid in langsamer und progressiver Weise und in minimalen Dosen anzuwenden. Er erreicht dies, indem er das Anaestheticum in dosirten Ampullen von 1—3 ccm und mittels einer Maske anwendet, bei der Patient in einem geschlossenen Raum athmet. Die Narkose tritt in 1—2 Minuten ein, ohne dass Suffocationserscheinungen zu fürchten sind.

GONTIER de la ROCHE.

12) **Cronquist** (Schweden). **Eine Quecksilber-Schnupfcur.** *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. Bd. 86. 1907.*

C. empfiehlt anstatt Inunction und Injection eine Schnupfungscur mit Hg cum creta. Mittlere Tagesdosis 3 g, die $33^1/_3$ pCt. Hg enthält. Manchmal tritt Nasenbluten auf. Grundbedingung ungehinderte Nasenathmung. Resultate sehr günstig.

CHIARI.

13) **S. v. Stein. Kohlensäuredouchen bei Nasen-, Hals- und Ohrenleiden. Luftmassage bei Hochdruck. (Duschi ugol. kislati pri strad. nosa, gorla i ucha na obschtscheje sametschentastwie Wosdusch. massach wisok. dawlenija.)** *Prak. Wratsch. No. 28 u. 29. 1907.*

v. Stein führt in dieser Arbeit ausführlichere Angaben über die Wirkung der Kohlensäuredouchen bei $^1/_2$—$1^1/_2$ Atmosphärendruck an. Im Allgemeinen aber hält er sich in demselbenRahmen, wie bereits bei Gelegenheit des Pirogow-Congresses referirt wurde.

P. HELLAT.

14) **A. Kuttner** (Berlin). **Unterbrechungshandgriff für den Nebulorapparat.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1907.*

Der in der Mittheilung abgebildete Handgriff giebt uns die Möglichkeit, Lufteintreibungen in die Tuben mit jedem beliebigen Druck vorzunehmen, die medicamentöse Behandlung der Tuben in denkbar weitester Form auszuführen und die Nebenhöhlen der Nase nach ihrer operativen Eröffnung gründlicher als bisher auszutrocknen.

HECHT.

15) **Emil Amberg** (Detroit, Michigan). **Eine modificirte Spiegelzange.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1908.*

Die in der Mittheilung abgebildete „Spiegelzange", die an dem Reflector leicht anzubringen ist, dient dazu, „die Stellung des Stirnspiegels während der Operation ohne Zuhülfenahme der blossen Finger zu ändern".

HECHT.

16) **Eiselt** (Gablonz). **Aseptisch zerlegbarer Pulverbläser für Kehlkopf, Nase, Nasenrachenraum und für die Gaumenmandeln.** *Med. Klinik. 20. 1908.*

Das besonders construirte Mundstück verhindert, dass irgend etwas vom Inhalte der Mundhöhle in das Ausblasrohr gelangt.

SEIFERT.

17) **Auguste Reverdin** (Genf). **Demonstration eines Instruments. (Présentation d'instrument.)** *Société de Chirurgie. 8. April 1908.*

Ein Mundöffner mit Zungenspatel, an dem ein gebogenes Rohr angebracht ist, durch das bei Operationen im Bereich der Mundhöhle die mit Luft gemischten Chloroform- oder Aetherdämpfe mittelst einer Blasevorrichtung gegen den Kehlkopf gerichtet werden.

GONTIER de la ROCHE.

18) **Horn. Eine universale Demonstrations-Handgrifflampe für Laryngeskopie, Tracheoskopie, Bronchoskopie und Oesophagoskopie.** (Aus der Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Hals- und Nasenkranke des Geh. Med.-Rath Prof. Walb in Bonn.) *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1908.*

Als Vortheile werden u. a angeführt, dass sie einfach, billig, jeder Kirstein-Lampe anpassbar ist, dass nach Bestimmung des Lichtfocus vor der Operation hernach keine Aenderung mehr erfolgen muss, sowie dass sie heller ist als die Kasper-Killian-Lampe.

HANSZEL.

19) **Kurt Walliczek** (Breslau). **Bemerkungen zu der Publication von Dr. Eugen Pollak (Graz): „Gesichtsschutzvorrichtungen für den Arzt".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 376. 1907.*

Verf. hält den Gesichtsschutzrahmen von Pollak schon wegen seiner „Schwere und Umständlichkeit" für entbehrlich, weist auf die Brauchbarkeit seiner seit vielen Jahren benutzten Schutzbrille und des einfachen Gesichtsvorhanges hin, die sich besonders ihrer Billigkeit wegen zur Anschaffung für Polikliniken und Universitätsinstitute eignen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

20) **E. Pollak** (Graz). **Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Dr. Kurt Walliczek zu meiner Mittheilung: „Gesichtsschutzvorrichtungen für den Arzt".** *Ibidem.*

Pollak stellt fest, dass entgegen den Behauptungen W.'s sein Gesichtsschutzrahmen mit der Brille practisch ist, wofür die lobende Anerkennung und die reichlichen Nachbestellungen der Collegen sprechen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

21) **Kurt Walliczek** (Breslau). **Schlusswort zur Erwiderung des Herrn Dr. E. Pollak.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 532 u. 533. 1907.*

W. glaubt, dass der oben bezeichnete Apparat wohl Anhänger finden werde, hält aber trotzdem den Gesichtsschutzrahmen, den er nur der Beschreibung nach kennt, für entbehrlich, da Brille und einfacher Gesichtsvorhang dasselbe leisten bei grösserer Billigkeit und Leichtigkeit des Apparates.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) **Zacharias** (Erlangen). **Ueber Nasenuntersuchungen an Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen.** *Med. Klinik. 3. 1907.*

Bei 100 Schwangeren fanden sich in 85 pCt. typische in Hyperämie und Hyperplasie bestimmter Bezirke des Naseninnern bestehende Veränderungen, die

in etwa 22 pCt. zu Nasenbluten führten. In fast einem Drittel der Fälle trat während der Wehen eine acute geringe Verstärkung der Congestionserscheinungen auf. Im Wochenbett nahm die Hyperämie ab, während die Hypertrophie bestehen blieb. Z. glaubt, von wirklichen intranasalen Graviditätsveränderungen sprechen zu dürfen.

SEIFERT.

23) **Jürgens. Behandlung der Nase bei Skarlatina. (O letschenii nosa pri skarlatine.)** *Jeshem. p. 326. 1906.*

Autor hat mehrfach bei Diphtherie und Skarlatina Sectionen des Nasenrachenraumes vorgenommen und in einer grossen Anzahl Entzündungen, Schleim und Eiter in der Tubengegend gefunden. Nach ihm ist hier die Ursache der Mittelohrentzündungen zu suchen. Daher empfiehlt er prophylaktische Bespülungen durch die Nase. Von solcher Behandlung hat J. viel Gutes gesehen.

P. HELLAT.

24) **Veckenstedt** (Düsseldorf). **Der Kopfschmerz als häufige Folge von Nasenleiden und seine Diagnose.** *Würzburger Abhandl. Bd. VIII. H. 8. 1908.*

In seiner durch eine Reihe eigener Beobachtungen illustrirten kleinen Schrift betont der Verf., dass es unbedingt nöthig sei, in jedem Falle von Kopfschmerz, der nicht mit Sicherheit auf ein anderes Leiden zurückgeführt werden kann, eine sachgemässe Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen vorzunehmen.

SEIFERT.

25) **Réthi** (Wien). **Ueber den nasalen Kopfschmerz als Stauungserscheinung.** *Med. Klinik. 16. 1908.*

Stauungen im nervösen Centralorgan kommen zweifellos vor, besonders wenn die Hypertrophien in der Nase hochgradig sind und sie können Ursache der Kopfschmerzen sein. Durch Gefässcontraction in der Nase wird in diesen Fällen der Kopfschmerz gesteigert. Bei der Cocainprobe wird der Abfluss der cerebralen Säfte nicht nur nicht erleichtert, sondern im Gegentheil erschwert, und in jenen Fällen, in denen der Kopfschmerz durch das Cocain beseitigt wird, tritt die subjective Erleichterung nicht wegen, sondern trotz der Gefässcontraction auf, und zwar in Folge der anästhesirenden Wirkung des Mittels.

SEIFERT.

26) **Richard H. Johnson. Nasenverstopfung als Ursache für nervöse und psychische Erkrankungen während der Schuljahre. (Obstruction in the nose as cause of nervous and mental diseases in school life.)** *N. Y. Medical Journal. 30. November 1907.*

Die Mehrzahl der nervösen und psychischen Symptome, die durch Nasenverstopfung verursacht werden, sind toxämischer Natur in Folge von Mangel an Sauerstoff in der Inspirationsluft. Verf. giebt eine Uebersicht über die mannigfachen hierher gehörigen Erscheinungen, die bei adenoiden Vegetationen beobachtet werden.

LEFFERTS.

27) **P. Casali. Der reflectorische Kopfschmerz in Folge Hypertrophie der Muscheln bei durchgängigen Choanen. (La cefalea riflessa da ipertrofia de' turbinati a coane pervie.)** *Giornale Italiano del R. Esercito. No. II. 1907.*

Verf. berichtet über eine sonst gesunde Person, bei der heftige und anhal-

tende Kopfschmerzen nach Abtragung der hypertrophischen mittleren Muscheln dauernd verschwanden. Die Pathogenese dieser Kopfschmerzen führt Verf. zurück auf: nasale Irritation des Trigeminus, Druck in Folge Congestion der Nasenschleimhaut, Compression der Nasenschleimhautgefässe, die mit den Venen der Dura mater und mit dem Sinus longitudinalis superior communiciren. Auch Compression der durch die Lamina cribrosa hindurch zu den subduralen und subarachnoidalen Räumen gehenden Lymphgefässe ist in Betracht zu ziehen; es handelt sich also um eine Blut- und Lymphstauung der Nasenschleimhaut, die sich auf das Gehirn ausbreitet. Dazu kommt noch eine besondere Prädisposition durch neurasthenischen Zustand.

Diese Kopfschmerzen zeigen sich des Morgens beim Erwachen, nehmen während der Mahlzeiten etwas an Intensität ab, um während der Verdauung sich wieder zu steigern; Nachts pflegen sie zu verschwinden. Sie sind vorwiegend beiderseitig; bisweilen haben sie in der Occipitalregion ihren Sitz. Verf. giebt Unterscheidungsmerkmale an für diesen reflectorischen Kopfschmerz gegenüber dem bei acuter Rhinitis, bei Nasenstenose, Sinusitis, Nasensyphilis etc.

FINDER.

28) **A. Convers. Die Beziehungen der Nasen- und Nasenrachenkrankheiten zu den Psychosen und der Neurasthenie. (Psychoses et neurasthénies en rapport avec les maladies du nez et du rhinopharynx.)** *Dissert. Lyon 1906.*

An der Hand von zum Theil noch nicht anderwärts veröffentlichten Krankengeschichten weist C. auf den Einfluss hin, welchen nasale Leiden vorzugsweise bei erblich belasteten Individuen auf das Zustandekommen von Neurasthenie, von Psychosen ausüben.

OPPIKOFER.

29) **W. Sohier Bryant. Die Nase in ihrer Beziehung zur Epilepsie. (The nose in its relation to epilepsy.)** *N. Y. Medical Journal. 23. November 1907.*

Epileptische Anfälle sind öfter auf von der Nasenschleimhaut ausgehende Reflexe als auf andere Ursachen zurückzuführen. Geeignete intranasale Maassnahmen verringern oft die Zahl der Anfälle und bringen in günstigen Fällen diese völlig zum Verschwinden.

LEFFERTS.

30) **Simon. Epilepsie und Nasenschleimhaut. (Epilepsie et muqueuse pituitaire.)** *Association française pour l'avancement des sciences. Congress in Reims. 1907.*

Fall eines 21jährigen Soldaten, bei dem vorher niemals Anfälle vorhanden gewesen waren und der bei einer Nachtwache den ersten Anfall erlitt. Derartige Anfälle traten dann noch 5 oder 6 Mal im Laufe von zwei Jahren auf trotz Brombehandlung. Patient suchte dann wegen behinderter Nasenathmung den Verf. auf, der eine Rhinitis hypertrophica constatirte und eine entsprechende Behandlung einleitete, nach der die Anfälle völlig verschwanden und seit drei Jahren nicht wiederkehrten.

A. CARTAZ.

31) **M. Hajek** (Wien). **Ein Beitrag zum Studium des Infectionsweges bei der rhinogenen Gehirncomplication.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 290.*

Bericht über einen Fall von chronischem Empyem des linken Siebbeinlaby-

rinths, welcher an meningealer Complication zu Grunde ging bei intacter Knochendecke des Siebbeinlabyrinthes. Verf. nimmt an, dass eine Invasion der Streptokokken aus dem entzündeten Schleimhautgewebe in die Blutbahn und infolge der Venenanastomosen zwischen Schleimhaut des Siebbeinlabyrinthes und der Dura mater eine rasche Infection der Meningen stattgefunden hat, ohne dass dabei der Knochen oder dessen Marksubstanz ergriffen worden wäre. F. KLEMPERER.

32) **D. H. Frowbridge. Nasenverstopfung als Ursache von Taubheit. (Nasal obstruction a cause of deafness.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1906.*

Verf. meint, dass Nasenverstopfung bei erheblich mehr Ohrenkrankheiten als ätiologischer Factor in Betracht kommt, als man gewöhnlich annimmt.

EMIL MAYER.

33) **Otto J. Stein. Bericht über einen Fall von acuter beiderseitiger Mittelohreiterung nach intranasaler Operation mit tödtlichem Ausgang. (Report of a case of acute bilateral middle ear suppuration following an intranasal operation and resulting in death.)** *The Laryngoscope. Januar 1906.*

Nachdem auf beiden Ohren die Paracentese gemacht war, folgte 16 Tage lang grössere Eiterabsonderung, in der nur Diplokokken gefunden wurden, unter hohem Fieber; der Tod erfolgte unter pyämischen Erscheinungen: Metastasen im Kniegelenk und der seitlichen Thoraxwand nebst einer Angina des weichen Gaumens und der Gaumenbögen, wobei dieselben Diplokokken wie im Ohr gefunden wurden. EMIL MAYER.

34) **G. Hudson Makuen. Intranasale Erkrankungen in ihrem Einfluss auf das Zustandekommen von Ohrenkrankheiten. (Intranasal conditions as bearing upon the etiology of diseases of the ear.)** *N. Y. Medical Record. 16. Februar 1907.*

Verf. betrachtet die Tuba Eustachii als einen cul-de-sac oder Sinus, der zur Nase genau dieselben engen Beziehungen habe, wie die anderen Nebenhöhlen. Nasenaffectionen, die zu acuten Ohrerkrankungen führen können, sind erstens solche, bei denen eine Behinderung der Nasenathmung besteht (Rhinitis hypertrophicans und atrophicans, intranasale Geschwülste, Septumverbiegungen, Nasenrachentumoren), zweitens intranasale Eiterungen und Nebenhöhlenaffectionen, drittens solche Zustände, die zu einer Reizung der Nervenendigungen in der Nase und den Nebenhöhlen führen und bei denen die Ohrcomplication auf den sogenannten Reflexreiz erfolgt. LEFFERTS.

35) **O. Chiari** und **Marschik. Zusammenhang der Erkrankungen der Orbita und der Nebenhöhlen der Nase.** (Aus der k. k. Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrath O. Chiari in Wien.) *Med. Klinik. No. 16. 1908.*

Vier intranasal behandelte Fälle mit Oedem der Lider, Empyem und Oedem der Conjunctiva (geheilt), 1 Fall combinirt. Empyem der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle mit Erblindung des betreffenden Auges (seit 4 Wochen), (Atrophia nerv. optic., ungeheilt). 19 Fälle, theils intranasal, theils von aussen

behandelt, davon in 9 Fällen acute Erscheinungen. 15 Heilungen, 3 Besserungen, 1 Exitus infolge perforirender Ostitis der hinteren Stirnhöhlenwand trotz dreimaliger Trepanation. Am häufigsten führen Erkrankungen des Siebbeins und der Stirnhöhle zu Augenaffectionen.

HANSZEL.

36) **O. A. Griffin. Augensymptome nasalen Ursprungs. (Ocular symptoms of nasal origin.)** *N. Y. Medical Record. 16. November 1907.*

Verf. hat so oft den Ursprung aller möglichen Augenerkrankungen auf die Nase zurückführen können, dass er in keinem Fall es verabsäumt, diese genau zu untersuchen. Er berichtet über 8 Fälle, in denen Augenkrankheiten durch intranasale Behandlung geheilt wurden. In einem Fall verschwand eine Heterophorie nach Entfernung der die Nase verlegenden unteren Muscheln.

LEFFERTS.

37) **Okunew. Resection des Thränennasencanals in der Therapie der Augenkrankheiten. (Resekzia slesnonoswawo kanala w terapii glasnich sebelewanii.)** *Jeshemesjatschnik. No. 1. 1908.*

O. schlägt vor, beim unheilbaren Thränenfluss oder Dacryocystitis purulenta, bei denen die Behandlung nach ophthalmologischen Principien im Stich lässt, die Behandlung dem Rhinologen zu übergeben. Zur erfolgreichen Behandlung genannter Leiden hat er die Resection des Thränencanales in 6 Fällen durchgeführt. Er geht dabei so vor, dass er zunächst das vordere Drittel der unteren Muschel entfernt und dann den Thränencanal vermittelst von ihm construirter Zangen in eine offene Mulde verwandelt. Diese Operation hat der Autor zunächst in 6 Fällen erfolgreich ausgeführt.

P. HELLAT.

38) **P. Bonnier** (Paris). **Enteritis und Nasenschleimhaut. (L'entérite et la muqueuse nasale.)** *Société de Biologie. 7. März 1908.*

Verf. hat in 16 Fällen von chronischer Enteritis systematisch die Unterfläche der unteren Muscheln cauterisirt. In 12 Fällen verschwanden die functionellen Störungen fast sofort, in 2 Fällen bedurfte es mehrerer Cauterisationen, in einem Fall trat keine Veränderung ein und in einem erfolgte nach jeder Cauterisation eine Verschlechterung. Alle Besserungen sind constant, mehrere seit über einem Jahre. Verf. hat sich auf jede mögliche Weise gegen Suggestion zu schützen gesucht. Er knüpft daran sehr interessante Betrachtungen über Fernwirkungen, die vom nasalen Trigeminusast ausgehen.

GONTIER de la ROCHE.

39) **A. Hecht** (Beuthen O.-Schl.). **Ueber den Zusammenhang von Magen- und Nasenleiden.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1908.*

Eingehende Erörterung der Symptomatologie obigen Themas nebst therapeutischen Schlussfolgerungen. Kritische Besprechung einiger einschlägigen Fälle.

HECHT.

40) **Chas. J. Proben. Erfolgreiche Operation zur Bildung einer Nasenscheidewand. (Successful operation for the formation of a nasal septum.)** *N. Y. Medical Record. 23. November 1907.*

Es handelte sich um einen Fall von syphilitischer Zerstörung der ganzen

knorpeligen Nasenscheidewand bei einem 32jährigen Mann. Ein neues Septum wurde durch einen von der Oberlippe genommenen Lappen gebildet; das functionelle und kosmetische Resultat der Operation war ausgezeichnet. LEFFERTS.

41) **Joseph C. Beck. Histologische Untersuchung nach einer Fensterresection der Nasenscheidewand. (Histological examination of a window resected septum.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Bei einem 49jährigen an Pneumonie verstorbenen Mann, bei dem Verf. $2^1/_2$ Jahre vor dem Tode mit ausgezeichnetem Resultate eine Septumresection vorgenommen hatte, untersuchte er histologisch das Septum und fand eine völlig normale Schleimhaut, die auf beiden Seiten eine dicke Bindegewebsschicht bekleidete, die an Stelle des resecirten Knorpels und Knochens getreten war. Die Drüsenelemente der Schleimhaut waren nur wenig verändert, worauf den anderen Operationsmethoden gegenüber grosses Gewicht zu legen ist EMIL MAYER.

42) **G. Killian** (Freiburg). **Beiträge zur submucösen Fensterresection der Nasenscheidewand.** *Beiträge zur Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. Bd. I. S. 183—193. 1908.*

Seit mehr als einem Jahre anästhesirt K. die Septumschleimhaut nicht mehr durch blosse Bepinselungen, sondern auch durch perineurale Injection. Zur Einspritzung verwendet er die Braun'schen Suprarenin-Cocaintabletten Form A; zwei dieser Tabletten werden in 5 ccm steriler Kochsalzlösung aufgelöst. Die Nadeln der 2 ccm fassenden Spritze haben eine Länge von 10,5 cm.

Die Septumschleimhaut erhält ihre Nervenversorgung durch den Nervus nasopalatinus und den Nervus ethmoidalis. Um den letzteren Nerven, der nahe dem Nasenrücken verläuft, unempfindlich zu machen, injicirt K. nach vorausgehender Betupfung der Septumschleimhaut mit Adrenalin-Cocainlösung und bei zurückgebeugtem Kopfe des Patienten möglichst hoch oben vor dem Tuberculum septi und zur Anaesthesie des Nervus nasopalatinus etwas hinter der Mitte des oberen Randes der mittleren Muschel. An beiden Injectionsstellen genügen einige Tropfen obengenannter Lösung. Die schon früher angegebene Injection von Suprarenin-Cocainlösung vorn unten an der Septumbasis wird wegen der dadurch erzielten Blutleere beibehalten. Im Ganzen verbraucht K. oft nicht mehr als eine Spritze.

Während K. früher von der submucösen Resection bei Kindern abrieth, hat er jetzt neuerdings dieselbe in 9 Fällen mit gutem Resultat ausgeführt, bei 3 in Localanästhesie und bei 6 in Narkose. OPPIKOFER.

43) **Marchal. Ueber das Adenom der Nasenscheidewand. (De l'adénome de la cloison du nez.)** *Dissert. Nancy 1906.*

18jährige Patientin. Das bohnengrosse Adenom sass mit breitem Stiele dem Septum auf, dem vorderen Ende der mittleren Muschel gegenüberliegend. Kalte Schlinge. OPPIKOFER.

44) **M. Mann** (Dresden). **Der Nasenrachenraum bei Transsudat, acuter und chronischer Mittelohreiterung auf Grund von 100 postrhinoskopisch untersuchten Fällen.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. Bd. I. S. 193—216. 1908.*

M. glaubt, dass im Allgemeinen bei der Behandlung von Ohrenkranken der Rhinoscopia posterior zu wenig Gewicht beigelegt wird und hat deshalb bei einer fortlaufenden Reihe von 100 Ohrenkranken die Rhinoscopia posterior ausgeführt nach vorausgehender Cocainisirung und unter Verwendung eines selbsthaltenden Zungenspatels und selbsthaltenden Gaumenhakens. Nach einigen Bemerkungen über die Technik der Untersuchung des Retronasalraumes giebt Verf. Abbildungen des normalen und entzündeten Nasenrachenraumes. Sowohl bei Transsudat in der Paukenhöhle als auch bei der acuten Mittelohrentzündung und den acuten Recidiven der chronischen Mittelohreiterung constatirte M. regelmässig, wenigstens in den ersten Tagen der Erkrankung, eine Nasopharyngitis und vertritt deshalb den Standpunkt, dass es eine acute genuine Otitis, die in der Paukenhöhle selbst entsteht, nicht giebt. Nur bei denjenigen Mittelohreiterungen, die nicht den Eindruck eines frischen Recidives machen, fehlt eine Entzündung im Retronasalraum.

OPPIKOFER.

45) **George Bacon Wood. Die Lymphdrainage der Rachenmandel. (The lymphatic drainage of the pharyngeal tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 4. August 1906.*

Verf. hat Injectionspräparate der Rachenmandel angefertigt, was sehr schwierig war, denn unter 6 Versuchen gelang es nur zweimal, gute Injectionen zu erhalten. Der Lymphweg scheint danach folgender zu sein: Das Lymphgefäss verläuft vom unteren Theil der Rachenmandel nach hinten, durchdringt die hintere Pharynxwand und tritt in den Retropharyngealraum; dann läuft er nach unten und aussen gerade unter der Insertion des M. rectus capitis anticus major und zwischen diesem Muskel und den Halswirbelkörpern, ferner schräg nach unten und aussen, geht unter die Scheide der grossen Halsgefässe und tritt gegenüber dem hinteren Rand des Sternocleidomastoideus in eine der kleinen gerade unterhalb der Spitze des Warzenfortsatzes gelegenen Drüsen. Die drei wichtigsten Infectionsquellen der Halslymphdrüsen sind: Zahnfleisch, Gaumentonsillen und Rachenmandel. Bei Infectionen der Rachenmandel schwellen die gerade unter dem hinteren Rande des Sternocleidomastoideus gelegenen Drüsen an, was sich klinisch durch eine diffuse Schwellung des oberes Theiles dieses Muskels kundgiebt.

LEFFERTS.

46) **J. L. Morse. Adenoide bei kleinen Kindern. (Adenoids in infancy.)** *N. Y. Medical Record. 16. November 1907.*

Die Bedeutung der adenoiden Vegetationen für das früheste Kindesalter ist nach Ansicht des Verf.'s nicht genügend gewürdigt; sie sollten in jedem Falle entfernt werden, selbst auf die — übrigens nur sehr unwahrscheinliche — Gefahr hin, dass ein Recidiv eintritt und einen zweiten Eingriff nothwendig macht. Bei den kleinen Raumverhältnissen im Nasenrachen können schon geringe Adenoide zu sehr schweren Behinderungen der Nasenathmung und der Nahrungsaufnahme

führen. Auch Hustenanfälle, die besonders in der Nase störend auftreten, Schlaflosigkeit, Pseudocroup, sowie in sehr vielen Fällen Otitis media etc. sind darauf zurückzuführen.

LEFFERTS.

47) **Filè Bonazzola. Beziehungen zwischen adenoiden Vegetationen und einigen Infectionskrankheiten. (Rapporti fra vegetazioni adenoidi ed alcune malattie infettive.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. December 1907.*

Von vielen Autoren ist dem entzündlichen Process, der sich während der Masern auf der Schleimhaut des Nasenrachens abspielt, eine grosse Wichtigkeit beigelegt worden; Verf. hält diese Entzündung für zu flüchtig, um zu einer dauerndenden Hypertrophie der Rachenmandel zu führen. Viel häufiger dagegen müsse man an einen gewissen Zusammenhang zwischen adenoiden Vegetationen und der Entwickelung eines entzündlichen Processes in einem mehr oder minder ausgedehnten Abschnitt der Luftwege denken. Was das Scharlachfieber betrifft, so bestehen noch keine sicheren Beobachtungen über dessen Zusammenhang mit den adenoiden Vegetationen; dagegen verdient die Diphtherie Beachtung, da in circa 5 pCt. der Fälle adenoide Vegetationen beobachtet wurden. Verf. glaubt auch, dass die sogenannte latente Diphtherie in vielen Fällen ihren Ausgang von der Rachenmandel nimmt.

FINDER.

48) **Samuel W. Thurber. Die Indicationen für und gegen die Entfernung von Adenoiden und die Operationsmethode. (The indications for and against removing adenoids and method of operating.)** *Archives of Pediatrics. Januar 1908.*

Man soll nicht wegen geringer adenoider Vegetationen operiren, da die Nasenverstopfung durch andere Momente (Muschelschwellung, Septumdeviation etc.) bedingt sein kann; auch verursachen grosse Gaumenmandeln manche der Erscheinungen, wie adenoide Vegetationen; ebenso sollen adenoide Vegetationen für Heufieber, Epilepsie, Stottern etc. nur dann verantwortlich gemacht werden, wenn andere Ursachen nicht aufzufinden sind.

LEFFERTS.

49) **J. Sendziak** (Warschau). **Ueber die sogenannten adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume auf Grund von mehr als 1000 ausgeführten Operationen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 1. 1908.*

Statistische, ätiologische, symptomatologische und therapeutische Erörterungen, die sich zu kurzem Referate nicht eignen.

HECHT.

50) **C. Häuselmann** (Biel, Schweiz). **Hyperplasie der Rachenmandel.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1908.*

Mittheilung eines Falles von starker Hyperplasie der Rachenmandel bei einem 6 Monate alten Kinde, die operativ beseitigt wurde.

HECHT.

51) **Dubar. Mediastinaldrüsenschwellung und adenoide Vegetationen. (Adenopathie mediastinale et végétations adénoides.)** *Société de médecine de Paris. 10. April 1908.*

Beide Affectionen bestehen oft gleichzeitig; bezüglich der Indication zur Operation der Adenoiden ist es von Bedeutung, sich gegenwärtig zu halten, dass

manche Symptome, die oft jenen zugeschrieben werden, auf die functionellen Störungen der intrathoracischen Organe zurückzuführen sind.

GONTIER de la ROCHE.

52) **Burt D. La Force. Ein neues Adenotom. (A new adenotome.)** *Journal of the American Medical Association. 14. Januar 1908.*

Das — in drei Grössen — angefertigte Adenotom ist mit einer Vorrichtung versehen, die es verhindert, dass das abgeschnittene Stück herunterfällt.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

53) **Max Görke** (Breslau). **Beiträge zur Pathologie der Tonsillen. V. Kritisches zur Physiologie der Tonsillen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 244. 1907.*

Verf. lässt die einzelnen Theorien über die Physiologie der Tonsillen Revue passiren und kommt nach kritischer Sichtung derselben zu dem Resultate, dass von einem auffallend reichlichen Uebergang der in den Tonsillen gebildeten Lymphocyten in den Kreislauf nicht die Rede sein kann, dass jedenfalls dieser Vorgang ganz zurücktritt gegenüber der Emigration der Lymphzellen durch das Epithel an die Oberfläche der Mandeln. Er unterschreibt somit den von Pluder formulirten Satz: „Die Tonsillen sind Productions- und Excretionsorgane von Lymphocyten.“ Dann bespricht Verf. die beiden sich diametral entgegenstehenden Hypothesen, von denen die eine in den Mandeln einen wirksamen Schutzapparat des Körpers, die andere Organe sieht, die schädlich und der Gesundheit des Organismus höchst unzuträglich sind. Die erstere Annahme nennt Verf. „Abwehrtheorie“, die zweite „Infectionstheorie“. Er giebt der Ueberzeugung Ausdruck, dass die Abwehrhypothese als die einzige der dreifachen Analyse der Anatomie, des Experiments und der klinischen Pathologie Stand hält. „Es besteht die Thatsache der Lymphdurchströmung und diese hat die Wirkung, den Körper vor gewissen Gefahren zu schützen.“

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

54) **Felix Miodowski. Ueber das Vorkommen actinomycesähnlicher Körnchen in den Gaumenmandeln.** (Aus der Abtheilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke am Allerheiligen-Hospital zu Breslau. Primärarzt Dr. Brieger.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 277. 1907.*

Verf. untersuchte 194 Gaumenmandeln; in 17 Fällen wurden die actinomycesähnlichen Körnchen gefunden. Für die Färbung derselben kommen ausser der Hämatoxylin-Eosinfärbung alle die Färbungen in Betracht, welche für die Darstellung echter Actinomycesdrüsen angegeben sind (Schlegel in Kolle-Wassermann's Handbuch der Mikroorganismen, Bd. II, S. 868), vor allem zur Darstellung des centralen Fadenwerks die Gram'sche Färbung mit Nachfärbung mit Eosin oder Saffranin oder Vorfärbung mit Karmin.

Der feinere Aufbau der Drüsen, im Gram-Eosinpräparat deutlich hervortretend, zeigt auf rosafarbenem Grunde ein feines, tiefblau gefärbtes Farbennetz, das deutlich radiäre Anordnung zeigt; die grössere oder geringere Dichte des

Fadenwerks bedingt concentrische Schichtung; ein ganz feiner rosafarbener Saum schliesst den Complex nach aussen scharf ab. Echte Verzweigung, bisweilen echte Dichotomie ist an wenig dichten Stellen zu constatiren. Es handelt sich mit Sicherheit um Haarpilze (Trichomyceten), und zwar hier in hohem Grade um inoffensive Kryptenbewohner, die schon deswegen von den eitererregenden, pathogenen Actinomyces auseinanderzuhalten sind.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

55) **B. Schweitzer. Ueber Knorpel- und Knochenbildung in den Gaumenmandeln.** *Dissert. Freiburg 1905.*

Sch. hat ohne besondere Auswahl bei 33 Leichen die Gaumenmandeln mikroskopisch untersucht und fand wider Erwarten bei 11 (durchwegs Erwachsenen) Knorpel- oder Knochenherde. In der Regel sind mehrere derselben in ein und derselben Mandel vorhanden. Oft ist ein deutlicher Uebergang der Herde in die angrenzenden Bindegewebspartien nachweisbar.

Es handelt sich um eine Metaplasie des Bindegewebes in Knorpel und Knochen — infolge früherer Entzündungen (mikroskopisch Atrophie des lymphadenoiden Gewebes und Bindegewebswucherung) — und nicht um eine congenitale Störung.

OPPIKOFER.

56) **J. L. Goodale. Einige Betrachtungen bezüglich des lymphatischen Gewebes des Rachens bei Allgemeininfectionen. (Some considerations relative to the lymphoid tissues of the fauces in systemic infections.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1907.*

Ausgehend von der Beobachtung, dass bei manchen Personen, denen die Mandeln entfernt waren, Anfälle von acuter folliculärer Rachenentzündung häufiger auftreten, als vor der Operation, unterwirft Verf. unsere Anschauungen über die Rolle, die die Tonsillen in der Aetiologie von acuten Allgemeinerkrankungen spielen, einer Kritik. Bei der Frage, ob in einem Fall der Rachen die Eingangspforte für eine Infection bilde, ist es von Wichtigkeit, nicht allein die pathologischen Veränderungen in den Tonsillen zu beachten, sondern auch das lymphatische Gewebe der Nachbarschaft. Selbst wenn dies klinisch einen normalen Eindruck macht, sind wir nicht berechtigt, auszuschliessen, dass es bei der Infection eine Rolle spielt. Von grosser Wichtigkeit ist in solchen Fällen die Anamnese. Hat der Patient bei vorhergehenden Allgemeininfectionen gleichzeitig Symptome von Seiten des Halses gehabt, so ist diese Thatsache von grosser Bedeutung. Auch auf die Wichtigkeit des opsonischen Index wird hingewiesen.

EMIL MAYER.

57) **Franz Kobrak** (Breslau). **Traumatische Angina, acutes Exanthem, Wundbehandlung. Klinische und experimentelle Beiträge zur Infection nach Rachenmandelexcisionen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 320. 1907.*

Verf. hat, angeregt durch einige nach Rachenmandelexstirpationen aufgetretene Infectionskrankheiten (Scharlach, Diphtherie), interessante bakteriologische Untersuchungen an vergrösserten Rachenmandeln vor und nach der Operation gemacht, die ergeben haben, dass eine Abnahme der Keimzahl wie der Keimvirulenz

nach der Rachenmandeloperation die Regel bildet. Die Ausnahme einer Virulenzsteigerung scheint besonders dann einzutreten, wenn auf Grund von Entzündungsvorgängen im Nasenrachenraum und seinen Adnexen anzunehmen ist, dass wir es mit einem localinfectiösen Individuum zu thun haben.

Das bakteriologische Experiment lehrt, dass der Körper, bezw. der Wundsecretabfluss und die von dem Serum ausgehende bakteride Thätigkeit, sowie seine eventuelle phagocytäre Zellwirkung und die Sauberspülung der Operationswunde durch die austretende Blutung mit den gewöhnlich hier und da auftretenden Infectionen leicht fertig wird. Damit stimmt die klinische Beobachtung überein, indem Fiebersteigerung höheren Grades zu den Ausnahmen gehört.

Von 100 an der stationären Abtheilung operirten Rachenmandelpatienten fieberten 38, d. h. 38 pCt. und darunter hatten 25 pCt. weniger als 38°; zwischen 38—39° 13 pCt. Der Fiebertypus war continuirlich und remittirend in 89 pCt., intermittirend in 11 pCt. der Fälle. Der Gipfel des Fiebers war durchschnittlich am zweiten Tage, die Dauer 3,3 Tage nach der Operation.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

58) **J. Lavagna. Ueber einen Fall von diphtheroider Angina Vincenti. (Sopra un caso di angina difteroide di Vincent.)** *Il Policlinico Sez. prat. No. 43. 1907.*

Ein 7jähriger Knabe zeigt Anschwellung rechts aussen am Halse und auf der linken Mandel einen grau-schmutzigen Belag. Temperatur 37,2—38,2°. Injectionen von Behring'schem Serum waren erfolglos. In dem Belag fanden sich die fusiformen Bacillen. Heilung nach Betupfen mit Watte, die in Jodoformäther getränkt war.

FINDER.

59) **Griffon** und **Lyon Caen. Scharlachangina mit Kiefersequester. (Angine scarlatineuse avec séquestre du maxillaire.)** *Société anat. de Paris. 10. April 1908.*

Bei einem scharlachkranken Kinde mit schwerer ulceröser Angina trat ein ausgedehnter nekrotischer Process auf, der zum Ausfall mehrerer Zähne führte und das Knochengewebe mit ergriff. Es bildete sich ein grosser Sequester des Oberkiefers, der spontan ausgestossen wurde. Das Kind litt ausserdem an multiplen Gelenkeiterungen. Es trat Heilung ein.

A. CARTAZ.

60) **P. Schwade. Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach acuten Infectionskrankheiten: eine Psychose nach Angina.** *Dissert. Kiel 1906.*

Bei einem 30jährigen Buchhalter, der seit Kindheit oft an Kopfschmerzen gelitten hatte, stellten sich im Anschluss an eine Angina (Staphylococcus aureus) schwere Erregungssustände ein, die nach 5 Tagen wieder verschwanden. Neben der eigenen Beobachtung, die ausführlich mitgetheilt wird, konnte Sch. nur noch 2 Fälle von Anginapsychosen aus der die Jahre 1882—1905 umfassenden Literatur zusammenstellen.

OPPIKOFER.

61) **Walter S. Daly. Hypertrophie des lymphatischen Schlundrings als ätiologischer Factor beim Zustandekommen epileptischer Aequivalente. (Hypertrophy of pharyngeal lymphatic ring as a causative factor in the production of epileptic equivalents.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Bericht über einen Fall, in dem nach Abtragung der Tonsillen die epileptischen Anfälle aufhörten. EMIL MAYER.

62) **Clerc** und **Sartory. Untersuchung über einen im Verlauf einer chronischen Angina isolirten Hefepilz. (Étude d'une levure isolée au cours d'une angine chronique.)** *Société de Biologie. 25. Januar 1908.*

Der Pilz bildet weder Mycelium noch Sporen. Inoculirt bildete er einen Abscess, in dem man ihn im Reinzustand wieder fand. GONTIER de la ROCHE.

63) **Alfred F. Haess. Untersuchung excidirter Tonsillen. (An examination of excised tonsils.)** *Archivs of Pediatrics. Januar 1908.*

Verf. berichtet über einen Fall von Tuberculose der Tonsillen, den er für eine Fütterungstuberculose frischen Datums hält. EMIL MAYER.

64) **W. Roth** (Wien). **Ueber protrahirte Eiterungen nach peritonsillären Abscessen.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wien. med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

In zwei Fällen dauerte die Eiterung im peritonsillären Raume trotz künstlicher Eröffnung zwei resp. sechs Monate lang an. Die Ursache liegt in besonders ungünstigen Abflussbedingungen durch stark seitlichen resp. tiefen Sitz des Abscesses. HANSZEL.

65) **Barth. Die Abtragung der Tonsillen. (The ablation of the tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 28. December 1907.*

Ist die Hyperplasie eine einfache und scheint das lymphatische Gewebe selbst gesund, so ist die Annahme gerechtfertigt, dass die Ueberproduction von lymphatischem Gewebe ein physiologischer Vorgang war zur Compensirung der gesteigerten functionellen Anforderungen; giebt die Hyperplasie jedoch Anlass zu localen Störungen oder besteht Infection der Gewebe, so ist die chirurgische Behandlung indicirt. Nur die erkrankte Tonsille bildet nach Ansicht des Verf.'s eine Eingangspforte für Infectionen; eine einfache Hyperplasie bedürfe keiner Behandlung!

LEFFERTS.

66) **E. A. Crockett. Blutung nach Tonsillotomie. (Hemorrhage following tonsillotomy.)** *N. Y. Medical Record. 30. November 1907.*

In den beiden vom Verf. berichteten Fällen erfolgte die Abtragung der Tonsillen mittels der kalten Schlinge. In dem einen Fall, der einen 8jährigen Knaben betraf, trat die Blutung drei Stunden nach der Operation auf, obwohl er im Hospital zu Bett lag. Die Blutung stand auf instrumentelle Compression. Der zweite Fall betraf ein 12jähriges Mädchen; die Blutung erfolgte 4 Stunden nach der Operation. Trotz dieser Erfahrungen ist Verf. nicht geneigt, den Gebrauch der Stahldrahtschlinge aufzugeben. LEFFERTS.

67) **Ernst Barth** (Berlin). **Ein neues Pharynxtonsillotom.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 369. 1907.*

Verf. hat die Idee der von Schütz angegebenen Guillotine mit der Handlichkeit des Beckmann'schen Ringmessers zu combiniren versucht, indem er das Instrument unmittelbar unterhalb des Rahmens auf die Dünne eines Stiels verschmälert. Das neue Instrument wird genau in derselben Weise in den Rachenraum eingeführt und über die Rachenmandel gebracht wie das Beckmann'sche Ringmesser. Ein Hängenbleiben der Wucherung und Nebenverletzungen der Schleimhaut sollen bei der Operation mit dieser Guillotine ausgeschlossen sein. Das Instrument wird in 3 Grössen von H. Pfau, Berlin, Dorotheenstrasse 67, angefertigt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

68) **Hermann Sommer** (Dresden). **Ein Lipom der Tonsille.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 523. 1907.*

Fall von haselnussgrosser, gelblich-weisser Geschwulst, die sich auf die rechte Tonsille im oberen Pol auflagert; die Insertion findet am Recessus supratonsillaris statt; die histologische Untersuchung zeigt, dass der Tumor grösstentheils aus Fettgewebe besteht. Die Abtragung erfolgte mit der Scheere. Die Heilung trat sofort ein.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

69) **H. Carrière. Beitrag zum Studium des Gaumenmandelsarkoms beim Kinde. (Contribution à l'étude du sarcome de l'amygdale chez l'enfant.)** *Dissert Paris 1906.*

Die Beobachtung, die zu vorliegender Dissertation Veranlassung gab, ist bereits in den Archives de méd. des enfants 1904 durch Moizard veröffentlicht: Sarkom der linken Mandel bei einem 9jährigen Knaben; Operation nach Krönlein nach vorausgegangener Tracheotomie, Recidiv; 5 Monate nach dem Entdecken der Geschwulst Exitus. Metastasen in Herz, Nieren und Pankreas.

OPPIKOFER.

70) **Schneider. Ueber Wasserstoffsuperoxyd, Perhydrol und Perhydrolmundwasser.** *Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau. 1. 1908.*

Empfehlung des Perhydrolmundwassers bei allen Entzündungen der Mundhöhle; Stomatitis catarrhalis, ulcerosa, aphthosa, mercurialis und Hyperkeratosis linguae.

SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

71) **Spolverini. Ueber die Ursachen des schweren Verlaufs der Diphtherie bei Rückfällen. (Sulle cause del decorso più grave della difterite nelle ricadute.)** *Il Policlinico Sez. prat. No. IV.*

Die Untersuchungen vieler Beobachter zeigen, dass die specifischen Antikörper, die vom Organismus producirt werden, das an die präcipitable Substanz des Serums gebundene Antitoxin aus dem Blutkreislauf eliminiren und so seine weitere günstige Wirkung hindern. Das zum zweiten Male injicirte Serum wird viel schneller als das erste Mal eliminirt und daher ist seine therapeutische Wir-

kung erheblich reducirt. Verf. hat bei über 1000 Diphtherischen 20 Rückfälle und Recidive beobachtet. Er hat bei diesen häufig die Erscheinungen auftreten sehen, die für die Wiederinfection charakteristisch sind; er beobachtete auch, dass die unmittelbare locale und allgemeine Reaction, sowie die beschleunigte Reaction häufiger und intensiver bei einfachen Rückfällen wie bei Recidiven sind, besonders wenn sie lange Zeit nach der Primäraffection auftreten.

Bei 11 Fällen von Rückfällen waren 6 sehr schwerer Natur; von 9 Recidiven waren 4 mässig schwer, die anderen leicht. Die Schwere des Rückfalls charakterisirt sich nicht nur durch das klinische Bild, sondern auch dadurch, dass die Wirkungen der Injectionen weniger energisch und langsam sind. FINDER.

72) **B. R. Richards. Diphtheriodiagnose. (Diphtheria diagnesis.)** *N. Y. Medical Record. 2. November 1907.*

Verf. bespricht die für die bakteriologische Diagnose der Diphtherie ausschlaggebenden Momente; er meint, es müsste eine grössere Uebereinstimmung erstrebt werden in Bezug auf das, was als positiver Ausfall der Untersuchung anzusehen ist. LEFFERTS.

73) **F. P. Webster. Diagnose und Behandlung der Diphtherie boi kleinen Kindern. (Diagnosis and treatment of diphtheria in young children.)** *N. Y. Medical Journal. 30. November 1907.*

Verf. bespricht die bakteriologische Diagnose mittels des Ausstrichs und Culturverfahrens, sowie die klinische Diagnose der Diphtherie. Die Antitoxinbehandlung soll einsetzen, auch bevor noch die Diagnose gesichert ist.

LEFFERTS.

74) **Royet. Fluornatrium als Lösungsmittel für diphtherische Membranen. (Sodium fluoride as a solvent diphtheric membranes.)** *N. Y. Medical Journal. 9. November 1907.*

Verf. hat das Mittel in 1 prom. Lösung als ausgezeichnetes Lösungsmittel bei Rachen- und Nasendiphtherie erprobt. Es kann als Gurgelwasser benutzt oder auch in stärkerer Lösung aufgepinselt werden. LEFFERTS.

75) **G. W. Stimson. Primäre Nasendiphtherie. (Primary nasal diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 14. December 1907.*

Im Anschluss an einen Bericht über mehrere schwere Fälle, von denen einer ein 10 Tage altes Kind betraf, stellt Verf. mehrere Schlusssätze über Nasendiphtherie im Allgemeinen auf, die jedoch nur Bekanntes enthalten. Bei der Infectiosität der Erkrankung weist er auf die Wichtigkeit der bakteriologischen Untersuchung in allen Fällen von zweifelhafter eitriger Rhinitis bei Kindern hin.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **Hütter. Ein Beitrag zu den Missbildungen des Kehlkopfes.** (Aus dem histol.-bakt. Laboratorium der Wiener allgem. Poliklinik des Prof. Albrecht. Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Gelegentlich der Obduction eines an einem combinirten Masern-Scharlachexanthem erkrankt gewesenen und unter pneumonischen Erscheinungen verstorbenen $2^1/_2$ Wochen alten Kindes konnte die seltene congenitale Spaltbildung an der Vorderseite des Kehlkopfes constatirt werden. Es handelte sich um eine totale vordere Spaltung des Thyreoids. Aehnliches wurde bei Pavianen gefunden.

HANSZEL.

77) **Hansberg** (Dortmund). **Ueber angeborene Membranbildung des Kehlkopfes.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 61—68. 1908.*

Weibliches Kind. Seit der Geburt Stimmlosigkeit und Athemstörung. Am Ende des 4. Monats wegen hochgradiger Athemnoth und Cyanose Tracheotomie und 14 Tage später Laryngotomie: im Kehlkopfinneren rechterseits eine derbe Membran. Dieselbe inserirte unterhalb der vorderen Commissur, war dem rechten Stimmband eine kurze Strecke adhärent, verlief schräg nach hinten oben und endigte kurz vor dem Arykorpel in der Höhe des Taschenbandes. Die blassrothe Membran hatte in der vorderen Commissur eine Dicke von ca. 6—8 mm, in ihrem Verlaufe nach hinten wurde sie immer dünner und verlor sich unmerklich in die Schleimhaut des Aryknorpels. Abtragen der Membran mit dem Messer. Heute, $4^1/_2$ Jahre nach der Operation, ist die Athmung frei, die Stimme ist noch etwas belegt.

Von den bis heute in der Literatur bekannten ca. 20 Fällen angeborener Membranbildung unterscheidet sich nach H. die vorliegende Beobachtung dadurch, dass die Membran nicht beide Kehlkopfhälften betraf, sondern sich ausschliesslich auf eine Seite beschränkte. Während im Ferneren bei den bis heute in der Literatur veröffentlichten Fällen die Membranbildung von vorn nach hinten in demselben Niveau lag, stieg hier die Membran nach hinten an.

OPPIKOFER.

78) **Glas** (Wien). **Ueber congenitale Kehlkopfdiaphragmen und Faltenbildungen.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Beschreibung zweier Fälle von Diaphragma congenitum anterius partiale. Differentialdiagnostisch gegen Verwachsungen im Stimmbandbereiche nach Sklerom, Lues, Traumen etc. ist der scharfe, glatte Rand, die Symmetrie, die Anamnese, der histologische Befund und der Mangel sonstiger auf durchgemachte Entzündung hinweisenden Symptome. In therapeutischer Hinsicht wird das langsam dilatirende Verfahren empfohlen.

HANSZEL.

79) **Otto Scheven** (Frankfurt a. M.). **Zur Pathologie der Laryngocele.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 9. 1908.*

Sch. bespricht Anatomie und Pathologie der Laryngocele vera externa und

interna, deren Diffentialdiagnose und Therapie. Bezugnehmend auf die Arbeiten von Edm. Meyer und Avellis giebt er der Vermuthung Ausdruck, dass teleologisch die Luftsäcke der Affen vielleicht als „ausgezeichnetes Hülfsmittel zum Schwimmen" s. Zt. dienten. Anschliessend berichtet Autor über einen Fall von Laryngocele externa vera, der als Folge einer mehrmaligen Anwendung der Politzer'schen Luftdouche auftrat.

HECHT.

80) **Kan** (Leiden). **Ueber einen Fall von congenitalen Luftsäcken bei einem Kinde von 16 Tagen.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Die prall gefüllten Säcke comprimirten den schlaffen, schlecht entwickelten Larynx, aber nur so, dass starke Athemnoth allein in Anfällen auftrat. Allmählich wurden die Anfälle frequenter und plötzlich erstickte das Kind. (Interessante stereoskopische Tafel.)

HANSZEL.

81) **Georg Avellis** (Frankfurk a. M.). **Ueber Kehlkopfluftsäcke beim Menschen (Laryngocele).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 465. 1907.*

Verf. berichtet über einen von ihm beobachteten Fall einer Laryngocele des Menschen und spricht die Ansicht aus, dass diese Gebilde, da sie beim Menschen sowohl wie beim Affen mit einer einzigen Ausnahme als nutzlos sich darstellen, auf einen gemeinsamen Ahnen zurückzuführen sind, der älter wie Mensch und Affe sein muss. Da man als Zweck der Luftsäcke Schallverstärkung annehmen muss, so könne man aussagen, „dieser gemeinsame Urahn muss einen sehr starken Gebrauch seiner Stimme gemacht haben, er hat mit diesen Resonatoren gebrüllt!"

Die Zahl der publicirten Fälle beläuft sich auf etwa zwei Dutzend. In dem von ihm beobachteten Falle wurde Verf. von der Mutter des 4jährigen Mädchens consultirt, weil das Kind bei stetem Wohlbefinden eine heisere Stimme habe. Das Kind habe stets sehr laut geschrieen. Die rechte Taschenfalte war geschwollen. Während beim gewöhnlichen Schreien nichts besonders auffiel, wölbte sich beim Schreien mit gepresster Stimme, langsam zuerst rechts, dann auch links neben dem Schildknorpel, hinauf bis zum Unterkieferrand ziehend und nach unten bis fast zum Schlüsselbein reichend, eine weiche tympanitische Geschwulst vor, die beim Nachlassen des gequetschten Phonierens allmählich verschwand. Dieselbe Erscheinung konnte bei stärkerem Husten beobachtet werden. Keine Athemnot. Operation als vorläufig nicht indicirt hinausgeschoben. Die Grösse der Geschwulst wechselt, je nach der Anspannung des Druckes, den man im Ventriculus laryngeus erzeugen kann. Kein Emphysemknistern. Spuren sonstiger Missbildungen fehlen, wie in den anderen Fällen in der Literatur vollständig. Es liegt auch nicht der geringste Grund vor, an eine der Kiemenspaltbildungen zu denken.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

82) **Beverley Robinson. Klinische Notizen über Kehlkopfphthise. (Clinical notes on laryngeal phthisis.)** *N. Y. Medical Record. 22. Februar 1908.*

Die Hauptpunkte, auf die Verf. bei der Behandlung Werth legt, sind Ruhe und Inhalationen.

LEFFERTS.

83) **S. Aldolphus Knopf. Einige Bemerkungen über Aetiologie, Prophylaxe und Therapie der Kehlkopftuberculose. (Some notes on the etiology, prophylaxis and therapeutics of laryngeal tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 22. Februar 1908.*

Hervorzuheben sind die Versuche, die Verf. mit der Anwendung der Kuhnschen Maske bei Larynx-Tuberculose gemacht hat. Um die Wirkung zu studiren hat Verf. nach sorgfältiger Untersuchung der Halsorgane die Maske 15—20 Minuten angewandt und dann von Neuem untersucht. Es wurden zu diesem Zweck 6 Fälle ausgesucht. Unter diesen Fällen waren solche mit leichter Infiltration, solche mit ausgedehnter Geschwürsbildung und einer mit Perichondritis. Es fand sich bei der Nachuntersuchung, dass eine deutliche Congestion der Schleimhaut im ganzen Bereich der oberen Luftwege zu constatiren war; besonders war dies am weichen Gaumen und der Epiglottis in die Augen fallend gegenüber der Blässe, die hier die Schleimhaut gewöhnlich zeigt. Man sah hier deutlich die erweiterten kleinen Venen. Nachdem so die congestive Wirkung der Maske sicher gestellt war, wurde sie dreimal täglich 15 Minuten lang angewandt. Nach ein paar Tagen war die Congestion der Schleimhäute mehr oder weniger permanent und hielt von einer Sitzung zur andern an. Im ersten Monat wurde ausser der Maske keine sonstige Therapie angewandt, später auch Menthol, Eucalyptol etc. Während der zweimonatigen Anwendung der Maske zeigten alle Fälle bis auf einen einige Besserung. Bei den Fällen von Infiltration betraf die Besserung hauptsächlich die subjectiven Beschwerden, d. h. die Heiserkeit liess nach, dagegen war objectiv keine Veränderung zu constatiren. Die Ulcerationen dagegen reinigten sich und bedeckten sich mit rothen Granulationen.

LEFFERTS.

84) **A. Kuttner. Tuberculose des Kehlkopfs und Schwangerschaft. (Tuberculosis of the larynx and pregnancy.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Von circa 230 Schwangern mit diffuser Kehlkopftuberculose überlebten 3 das natürliche Ende der Schwangerschaft um 1—$1^1/_2$ Jahr und 13 um eine längere Zeit; fast alle diese 16 Frauen gehörten den wohlhabenderen Klassen an. Artificieller Abort wurde in 12 Fällen eingeleitet, darunter in 9 mit gutem Resultat; die künstliche Frühgeburt wurde in 7 Fällen vorgenommen, in einem, — Mitte des 7. Schwangerschaftsmonats — mit, in 6 ohne Erfolg. Tracheotomie resp. Laryngofissur wurde in 15 Fällen gemacht; zwei von diesen Frauen lebten 1 bis $1^1/_2$ Jahr nach dem natürlichen Ende der Schwangerschaft, zwei noch länger, 11 starben bald danach.

Von den 230 Frauen starben 200 vor oder kurz nach der Entbindung, theils ohne ärztlichen Eingriff, theils trotz eines solchen.

Von 116 Kindern, über die Berichte vorliegen, wird von 79 (80 pCt.) angegeben, dass sie todt waren, von 18, dass sie bei der Geburt oder in den ersten 2 Jahren lebten, von 19, dass sie länger am Leben blieben. In wohlhabenderen Familien war die Kindersterblichkeit geringer, als bei armen.

EMIL MAYER.

85) **Wolff Freudenthal. Der verderbliche Einfluss der Schwangerschaft auf die Kehlkopftuberculose. (The baneful influence of pregnancy on laryngeal tuberculosis.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Auf eine bestehende Kehlkopftuberculose übt der Eintritt der Schwanger-

schaft zweifellos einen unheilvollen Einfluss aus. Verf. ist nicht geneigt, der Tracheotomie einen curativen Einfluss beizulegen und will sie nur für Fälle mit ausgesprochenen Symptomen von Dyspnoe reservirt wissen. In allen andern Fällen, besonders denjenigen, bei denen eine diffuse tuberculöse Larynxaffection besteht, sieht Verf. in frühzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft das einzig in Betracht kommende Mittel. Es giebt einige Ausnahmen von dieser Regel: Sieht man eine Frau zuerst gegen Ende der Schwangenschaft, so machen einige Wochen keinen Unterschied und es ist das Beste, im Interesse des Kindes zu warten. Andernfalls braucht auf das Kind keine Rücksicht genommen zu werden, da es in fast jedem Fall frühzeitig zu Grunde geht. Ist der Fortschritt der Krankheit so rapide, dass wir sicher sind, die Mutter wird bald ad exitum kommen, dann ist es nutzlos eine Frühgeburt einzuleiten. In solchen Fällen sollte jedoch sehr sorgfältig abgewogen werden, denn nichts kommt so überraschend, wie Unregelmässigkeiten im Verlauf einer Tuberculose.

EMIL MAYER.

86) **O. Muck** (Essen a. d. Ruhr). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Mischform des syphilitischen und tuberculösen Larynxgeschwürs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 367. 1907.*

Mitteilung eines Falles von rechtsseitigem spindelförmigen Stimmbandtumor, von Gerstenkorngrösse bei einem vor 10 Jahren luetisch inficirten Patienten. Auf specifische Behandlung (Hg + JK) reagirte der Tumor prompt, zerfiel ulcerös und heilte schliesslich. Während dieses Processes entstand ein Randgranulom, das sich durch Tuberkeln und Riesenzellen als tuberculös erwies. Patient litt an initialer Spitzentuberculose. Es handelt sich hier also um ein Gummi des Stimmbandes, nach dessen Zerfall sich wahrscheinlich durch Sputuminfection auf dem Substrat des luetischen Geschwürs eine Tuberculose hinzugesellte. — Schnitzler, Moritz Schmidt und B. Fränkel, haben ähnliche Fälle beobachtet.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

87) **Friedrich** (Kiel). **Was können wir von der Behandlung der Kehlkopftuberlose erwarten?** *Med. Klinik. 16. 1908.*

Die Tuberculose des Kehlkopfes gehört in Tuberculosenheilstätten und zwar in solche, in denen eine sachgemässe laryngologische Behandlung die allgemeine Behandlung in wirksamer und den Kranken förderlicher Weise unterstützt.

SEIFERT.

88) **F. M. Pottenger. Die Vortheile der Sanatoriumbehandlung bei Tuberculose mit besonderer Berücksichtigung der extrapulmonalen Affectionen. (The advantages of sanatorium regime in tuberculosis with especial reference to the treatment of extrapulmonary lesions.)** *Y. N. Medical Journal. 11. Januar 1908.*

Verf. ist ein Anhänger der Tuberculinbehandlung im Sanatorium.

LEFFERTS.



89) **W. Breidthardt. Ueber Epiglottidotomie.** *Dissert. Bonn 1906.*

5 Krankengeschichten: Epiglottidotomie wegen Tuberculose oder Lupus des Kehldeckels. Bei 2 Patienten Heilung. In einem Falle lebensgefährliche Blutung.

OPPIKOFER.

90) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Ueber Epiglottisamputation bei der Kehlkopftuberculose.** (Aus der oto-laryngol. Klinik des Oeresundhospitals.) *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinogol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Die Indicationen zur Epiglottisamputation bei Kehlkopftuberculose stellt **M.** folgendermaassen:

1. Tuberculöses Leiden, das ausschliesslich, oder fast ausschliesslich auf die Epiglottis beschränkt ist, wenn der Zustand des Patienten ein solcher ist, dass er diesen nicht sehr beträchtlichen Eingriff vertragen kann.

2. Ausgesprochene Dysphagie ohne Rücksicht auf den Zustand des übrigen Kehlkopfes und der Lungen, insofern es wahrscheinlich ist, dass die Epiglottisaffection es sei, die die Dysphagie verursacht.

3. Beträchtliche tuberculöse Affection der Epiglottis in Fällen von mehr ausgedehnter Kehlkopftuberculose, selbst wenn keine Dysphagie vorliegt, falls nur kein Lungenleiden vorhanden sei oder auch ein so geringfügiges, dass man auf eine Heilung bezw. beträchtliche Besserung hoffen darf.

HANSZEL.

91) **Hinsberg** (Breslau). **Ueber curative Tracheotomie der Larynxtuberculose.** *Med. Klinik. 16. 1908.*

Aus der grossen Zahl von Larynxphthisikern wird man eine gewisse, nicht sehr grosse Zahl herausfinden, die für die curative Tracheotomie geeignet ist. Aber auch in diesem günstigen Falle entschliesst sich höchstens die Hälfte aus Furcht vor der Kanüle zu dem Eingriffe.

SEIFERT.

92) **Ch. Leroux. Beziehungen der tracheo-bronchialen Drüsenschwellung zur Lungentuberculose der Kinder. (Report de l'adénopathie trachéo-bronchique avec tuberculose pulmonaire chez les enfants.)** *Bulletin Médical. 27. November 1907.*

Bei Säuglingen und sehr kleinen Kindern ist diese Affection primär und zwar zuerst einseitig, dann doppelseitig. Bei älteren Kindern ist sie doppelseitig und meist secundäre Erscheinung bei einer Spitzenaffection. Für selten erachtet Verf. die absteigende Infection, die von der Nase und dem Pharynx ausgeht und durch die zu diesen gehörigen Drüsen übermittelt wird.

GONTIER de la ROCHE.

93) **Weill** (Lyon). **Grosse tuberculöse Schwellung der tracheo-bronchialen Drüsen ohne radioskopischen Befund. (Volumineuse adénopathie trachéobronchique tuberculeuse sans image radioscopique.)** *Lyon Medical. 26. April 1908.*

Es handelte sich um ein 3jähriges Kind, das während eines Scharlachs untersucht wurde. Die auscultatorischen Symptome liessen mit Bestimmtheit erwarten, dass man bei der Durchleuchtung eine Schwellung der mediastinalen Drüsen finden

würde; das Resultat war jedoch negativ. Trotzdem fand man bei der Autopsie eine enorme käsige Schwellung der unteren interbronchialen Drüsengruppe. Man nimmt an, dass verkäste Drüsen für X-Strahlen durchgängig sind.

GONTIER de la ROCHE.

94) **P. Tissier** (Paris). **Behandlung der trachéo-bronchialen Drüsenschwellung. (Traitement de l'adénopathie tracheo-bronchique.)** *Société de thérapeutique. 17. December 1907.*

Verf. hat gute Resultate mit der Anwendung von Fluoroformwasser erzielt.

GONTIER de la ROCHE.

95) **Des Mesnards. Angeborene Verengerungen der Trachea. (Rétrécissements congénitaux de la trachée.)** *Thèse de Bordeaux. 1907.*

Verf. hat in der Litteratur nur drei hierher gehörige Fälle aufgefunden. Die Symptome sind: Inspiratorische Einziehung, Verlangsamung der Respirationsbewegungen, Fehlen der Modificationen der Stimme. Die Krankheit endet stets tödtlich.

BRINDEL.

96) **Galebski. Zur Frage der Behandlungsmethode vermittelst intratrachealer Instillationen per vias naturales. (K woprosu o metode letschenija pri pomoschtschi intratrachealnich wliwanii per vias naturales.)** *Dissertation. Petersburg 1907.*

Die Arbeit enthält 1. einen geschichtlichen Ueberblick über die Entwickelung dieser Frage mit Berücksichtigung der Litteratur; 2. einen experimentellen Theil und 3. klinische Versuche am Krankenbett. Versuche wurden mit Eucalyptol, Menthol, Pyoctanin und Salz gemacht. Thiere vertrugen die Eingiessungen ohne Schaden. Bei der Section wurden die Lungen, abgesehen von leichter Hyperämie, Epithelablösung und ganz geringen atelectatischen Herden normal gefunden.

Am Krankenbette waren die Resultate gleichfalls ermuthigend. Angewandt wurden Menthol in 5proc. Lösung in Ol. amygd. dul. oder Leberthran und Eucalyptol in derselben Weise. Jedesmalige Dosis betrug 5,0. Versucht wurden die Mittel in 17 Fällen.

Als Resultate wurden erwähnt: Verminderung des Hustens, leichtere Expectoration, Verminderung des Auswurfes, Hebung des Selbstgefühls. Es wurde keine Einwirkung auf die Nieren constatirt.

P. HELLAT.

f. Schilddrüse.

97) **De Lapersonne** (Paris). **Hereditärer Basedow. (Maladie de Basedow héréditaire.)** *Société de Médecine. 2. April 1908.*

Beobachtung einer jungen an Basedow leidenden Frau, deren Mutter und Tochter in gleicher Weise erkrankt waren.

GONTIER de la ROCHE.

98) **Goldschmidt** (Strassburg). **Morbus Basedow. (Goitre Basedowifié.)** *Société médicale des hôpitaux. 10. Januar 1908.*

Ein seit 20 Jahren bestehender Kropf, der in letzter Zeit Erstickungserscheinungen machte. Der Tumor verkleinerte sich unter dem Einfluss von Jodpinse-

lungen und innerlicher Jodmedication. Bald jedoch traten schwere Erscheinungen von Basedow'scher Krankheit auf. Schilddrüsentherapie brachte erhebliche Besserung.

GONTIER de la ROCHE

99) **Konrad Hillier** (Melbourne). **Die medicamentöse Behandlung des Morbus Basedow. (The medical treatment of exophthalmic goitre.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. Februar 1908.*

Verf. unterscheidet drei Formen: Acute und complete; incomplete und chronische. Die acuten Formen erfordern völlige körperliche und geistige Ruhe; sie müssen im Bett gehalten und vor aller Aufregung und Anstrengung bewahrt bleiben. Bromkali und Tinct. Belladonnae sind hier die geeigneiste Medication. Keine guten Resultate wurden mittels der Serumtherapie erzielt; bisweilen wurden Erfolge bei Radiotherapie gesehen. Incomplete Formen sind solche, bei denen nicht alle Symptome ausgebildet sind. Ein Klimawechsel, eine Seereise, sind hier oft von Nutzen. Die Anämie soll mit Eisen und Arsen bekämpft werden. In diesen erweist sich auch die Thyreoidintherapie als von Nutzen. Chronische Fälle sollen mit Schilddrüsenextract behandelt und die Struma durch Radiotherapie beeinflusst werden.

A. J. BRADY.

100) **F. S. Buckley. Serumbehandlung der Basedow'schen Krankheit. (Serum treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 23. November 1907.*

Verf. giebt eine sorgfältige Litteraturübersicht und eine eigene Beobachtung, in dem die mittels der Serumtherapie erzielten Resultate sehr zweifelhafter Natur waren. In diesem Falle war die Stimme sehr geringfügig, Tachycardie und Tremor ausgesprochen, Exopthalmus fehlte, die übrigen Symptome waren die üblichen. Es wurde Thyreoidectin in steigender Dosis angewandt. Der anfänglich scheinbar eintretende Erfolg ging uns wieder verloren. Das Möbius'sche Serum ergab dasselbe Resultat. Dagegen schien die 5 Monate hindurch geübte Anwendung von Chininum hydrobromicum positive Resultate zu geben. Verf. ist der Ansicht, dass in der Mehrzahl der Fälle die Angaben über die Serumwirkung nicht detallirt genug sind, um ein abschliessendes Urtheil über den Werth dieser Therapie zu fällen.

LEFFERTS.

101) **J. P. Danhill. Morbus Basedow; partielle Thyreoidectomie unter localer Anästhesie. (Exophthalmic goitre; partial thyreodectomy under local anesthesia.)** *Intercolonial Medical Journal. 30. November 1907.*

Verf. warnt vor der Chloroformnarkose in diesen Fällen; er meint, dass manche Todesfälle nach der Operation, die als Thyreoidismus bezeichnet werden, eigentlich auf verspäteter Chloroformvergiftung beruhen. Er berichtet detaillirt über 7 von ihm operirte Fälle. Er benutzt Barker's Infiltrationsmethode mit Eucain und Adrenalin. Das Resultat war in allen Fällen ein gutes.

A. J. BRADY.

102) **J. E. Mackenty. Fall von Thyreodectomie wegen Basedow'scher Krankheit. (Case of thyreodectomy for Graves disease.)** *Laryngoscope. December 1907.*

Es handelte sich um eine grosse cystische beiderseitige Geschwulst, die

unter das Sternum hinunterreichte. Nach der Operation bestand linksseitige Stimmbandlähmung, jedoch kein Verlust der Stimme; Exophthalmus, Tachycardie, Palpitation, Nervosität, Muskeltremor, Muskelschwäche, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz etc. verschwanden zum Theil völlig, zum Theil besserten sie sich erheblich. Nur besteht noch eine gewisse Reizbarkeit der Blase und Neigung zur Indigestion.

EMIL MAYER.

103) **Boyer F. Talley. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Verf. giebt zuerst einen Ueberblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden des Morbus Basedow. Seine persönlichen Erfahrungen über den Erfolg der Operation sind nicht zahlreich, aber so übereinstimmend günstig, dass er sie mit denen bei der Blinddarmoperation vergleichen zu können glaubt. Seine Resultate beziffert er, was die Heilung von den Erscheinungen betrifft, wegen deren die Operation ausgeführt wurde, mit 100 pCt. Diese günstigen Erfolge schreibt er der Thatsache zu, dass es lauter Fälle im Frühstadium waren.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

104) **A. Fiedler. Ueber die Untersuchungsmethoden, welche die Diagnose der Oesophagusdivertikel ermöglichen.** *Dissert. Leipzig 1906.*

Die Oesophagoskopie ist in erster Linie zu empfehlen.

OPPIKOFER.

105) **J. Guisez. Diagnostischer und therapeutischer Werth der Oesophagoskopie; eine auf 300 persönlichen Erfahrungen beruhende Studie. (Diagnostic and therapeutic value of oesophagoscopy; study based on 300 personal observations.)** *N. Y. Medical Journal. 7. März 1908.*

Enthält nichts Neues.

LEFFERTS.

106) **H. Starck. Die Bedeutung der Oesophagoskopie für die Diagnose und Behandlung verschluckter Fremdkörper.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Die Oesophagoskopie überragt in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht alle übrigen Methoden zur Erkennung und Entfernung von Fremdkörpern in der Speiseröhre. Eine blutige Operation ist erst angezeigt, wenn die Oesophagoskopie versagt. Alle Versuche mit Sonden und Extractionsinstrumenten sind zu unterlassen. Der Kranke ist möglichst frühzeitig der ösophagoskopischen Untersuchung zuzuführen. Kinder sind durchschnittlich zu narkotisiren.

HANSZEL.

107) **Galebski. Ueber Operationen mit unmittelbarer Controle durch Röntgenstrahlen. (Ob operazijach pod nepasredstwannoi prowerki lutschami Röntgena.)** *Sonderabdruck R. Wratsch. 1904.*

Mittheilung eines Falles, wo bei einem 2jährigen Kinde mit Röntgenstrahlen die Extraction eines Geschwüres aus dem Oesophagus gut gelang.

P. HELLAT.

108) **Goyanes** (Madrid). **Fremdkörper im Oesophagus. Oesophagoskopie. Extraction. (Cuerpo extrano detenido en el esófago. Esofagoscopia. Extraction.)** *El Siglo Medico. 13. Juli 1907.*

Der Fremdkörper — eine Medaille — wurde bei dem 5jährigen Patienten mittels der in Narkose vorgenommenen Oesophagoskopie 20 cm von den Schneidezähnen aufgefunden und extrahirt.

TAPIA.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Bruck. Die Krankheiten der Nase und Mundhöhle sowie des Rachens und des Kehlkopfes.** Urban und Schwarzenberg. 1907.

Wenn eine ebenso rührige und umsichtige Verlagsbuchhandlung wie die Urban-Schwarzenberg'sche einen Autor veranlasst, die Zahl der bereits vorhandenen, theilweise recht guten Lehrbücher für Hals- und Nasenkrankheiten um ein neues zu vermehren, so spricht das dafür, dass in den Kreisen der practischen Aerzte und Studirenden, an welche sich alle diese Compendien wenden, die Nachfrage nach derartigen Büchern eine recht lebhafte sein muss. Und da diese Nachfrage wieder bedingt ist durch das Bedürfniss und den Wunsch nach Information auf dem betreffenden Gebiete, so dürfen wir Laryngologen uns dieser Thatsache wohl freuen. Es verdient anerkannt zu werden, dass der Autor in dem vorliegenden, Herrn Passow gewidmeten, Handbuche eine Arbeit geleistet hat, mit der seine Auftraggeberin ebenso zufrieden sein kann wie das Publicum, an welches er sich wendet. Die Hauptschwierigkeit für derartige Arbeiten, die Bewältigung des umfangreichen Stoffes in einem beschränkten Raume, hat der Verfasser geschickt gelöst: alle practischen Fragen sind so eingehend behandelt, dass auch der Neuling auf diesem Gebiete sich zurecht finden kann, daneben hat auch die theoretisch-wissenschaftliche Betrachtung den ihr gebührenden Platz gefunden. Die Anordnung des Stoffes ist eine geschickte, die Ausdrucksweise klar und anerkennenswerth gewandt, zahlreiche gute Abbildungen unterstützen das Verständniss des Lesers. Boi der Lectüre empfindet man, dass der Verfasser über eine reiche Eigenerfahrung verfügt, die er geschickt und unaufdringlich verwerthet hat. Und gerade dieser Umstand ist es, der dem Bruck'schen Buche seinen eigenen Charakter und damit seinen Werth verleiht.

A. Kuttner (Berlin).

---

b) **I. Internationaler laryngo-rhinologischer Congress in Wien 1908.**

22. April Vormittags.

Präsident: Schiffers.

Referent: B. Fränkel (Berlin): Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medizinischen Standpunkte.

In formvollendeter Rede legt F. u. a. dar, dass erst durch die sich methodisch entwickelnde Localtherapie unsere Disciplin die Daseinsberechtigung als

Specialität sich erobert hat. Es muss nach wie vor unsere Devise bleiben, dass überall per vias naturales und unter Führung des Auges operirt werden soll, und wo halbwegs die Möglichkeit dazu gegeben ist, sei die Operation auch auf diese Weise zu vollenden. Wenn auch die operativen Eingriffe specialistisch geübten Händen überlassen bleiben müssen, so sollen doch die Untersuchungmethoden möglichst Gemeingut aller Aerzte werden. Demgemäss wäre ein geregelter, obligatorischer Unterricht in unserem Specialfache einzuführen. Die bisher geübten Unterrichtsmethoden in mehrwöchigen Cursen, selbst an dem reichen Materiale der grossen Kliniken, wie vor allem in Wien, erweisen sich als unzulänglich. Nähere Angaben über die Vertretung unseres Specialfaches an den verschiedenen Universitäten der Welt machen diesen Wunsch noch erklärlicher. Die Art der Prüfung in den einzelnen Ländern ist verschieden und bedarf einer Regelung. — Während mehrere Gründe für die Vereinigung der Laryngologie mit der Otiatrie ins Feld geführt werden, sind beide Disciplinen doch so verschiedenen Ursprungs und in ihrer angeborenen Grundfarbe so different, dass ihre Vereinigung nicht wünschenswerth erscheint, da dann die Laryngologie Gefahr liefe, zu einem Nebenfache der Otiatrie herabzusinken. F. schliesst mit dem guten Rathschlage: „Umgeben wir die Burg der Laryngologie mit einem dichten Pallisadenwall wissenschaftlicher Arbeiten und sie wird uneinnehmbar sein“.

Der Correferent: Marcell Lermoyez (Paris) hält sein Referat über: „Die Bedeutung der laryngologischen und rhinologischen Untersuchungsmethoden für die allgemeine Diagnostik“.

Er giebt in ausführlicher Weise eine Geschichte der Entwickelung der Laryngologie mit besonderer Berücksichtigung der Verdienste der grossen Männer unserer Wissenschaft. Sehr eingehend beschäftigt er sich mit dem Gebiete der Kehlkopflähmungen, der behinderten Nasenathmung, sowie der Reflexneurosen und prognosticirt am Schlusse eine Revolution in der Pathologie der Bronchien durch die epochemachende Erfindung der Bronchoskopie, analog, wie sie vor 50 Jahren die Laryngoskopie für die Pathologie des Kehlkopfes gebracht hat.

Felix Semon (London) warnt vor übermässiger Ausdehnung der Specialität auf die verwandten Fächer. Auf dem reinen Specialgebiet sei noch genug zu arbeiten.

Schiffers (Liège) hebt die Nothwendigkeit hervor, dass die Studenten in Zukunft einen obligatorischen Unterricht in der Oto-Rhino-Laryngologie wenigstens durch ein Semester erhalten, welchen Ausführungen Massei (Neapel) vollständig beistimmt.

Friedel Pick und Frankenberger geben einige Bemerkungen über die einschlägigen Unterrichtsverhältnisse an den beiden Prager Universitäten.

Daraufhin hält Th. Gluck (Berlin) seinen angemeldeten Vortrag über: „Die Chirurgie im Dienste der Laryngologie“, und beschreibt die Operationsmethode, die er seit mehreren Jahren bei Larynxcarcinom, eventuell mit Uebergreifen auf die umgebenden Theile des Pharynx bei Fehlen von Athemnoth oder Stenose übt. Sie besteht im Wesentlichen in einer queren Resection und Vernähung der Trachea an die Haut des Halses. Dadurch wird eine distale Fistel

gesetzt und die Communication zwischen Lunge und Operationsterrain aufgehoben. Durch diese einzeitige Operationsmethode ist die sonst hohe Sterblichkeit bei ähnlichen Eingriffen minimal geworden, selbst bei Totalexstirpationen des Larynx und eines grösseren Pharynxantheiles. Mittels einer Art Pseudostimme können die Operirten sich noch verständlich machen. In anderen Fällen, in welchen eine solche Pseudostimme nicht zu erzielen ist, benützt Gluck verschiedene Arten von künstlichen Kehlköpfen, welche nach seinem Ausspruch noch verbesserungsfähig wären. Bei Entfernung eines Theiles des Oesophagus konnte Vortr. mit einer trichterförmigen Weichgummiprothese gute Schluckfähigkeit erzielen. Bei halbseitig Operirten räth G., die Kehlkopffistel in Form eines Laryngoschisma offen zu halten, wodurch die Trachealkanüle erspart wird. In inoperablen Fällen ermöglichte die Anlegung einer Lungenfistel eine retrograde Atmung von der Lungenperipherie. Er demonstrirt sodann 4 Patienten, bei denen er wegen Tuberculose vor 9 Monaten bis 10 Jahren die geschilderten Operationen vorgenommen hat, und die bis jetzt recidivfrei sind.

Ueber diesen hochinteressanten Vortrag entwickelt sich eine lebhafte Discussion. Neben mehreren anderen (Blumenfeld, E. Meyer, Kahler) sprach auch Semon, der von den Resultaten der Totalexstirpation im Allgemeinen nicht befriedigt ist und Gluck nochmals ersucht, eine wenn auch mit grossen Schwierigkeiten verbundene Totalstatistik seiner Ergebnisse anfertigen zu lassen, was G. als fast unmöglich hinstellt. Hermann Marschik berichtete im Anschluss daran über 82 Fälle von Larynxcarcinom aus der Klinik Chiari in Wien und das daselbst geübte Operationsverfahren, wie folgt: Ch. operirt bei halbseitigen Exstirpationen zweizeitig nach der alten Billroth'schen Methode und hat grade damit relativ gute Erfolge. Hans Koschier (Wien) referirt über 25 von ihm ebenfalls zweizeitig operirte Fälle von Larynxcarcinom. Er wendet eine Art Mikulicz-Tampon an und rühmt die dadurch bedingte Verhinderung der Schluckpneumonie. In 3 Fällen von Totalexstirpation ermöglichte eine Schornsteinkanüle eine leidlich gute Phonation, was für die Erwerbsfähigkeit wesentlich in Betracht kommt. Er verfügt über $33^1/_3$ pCt. Recidivfreiheit in den vor mehr als 3 Jahren operirten Fällen.

Unter dem Vorsitze Lermoyez' erstattete Nachmittags A. Kuhnt sein Referat: Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit denen des Auges."

Nach einem allgemeinen Hinweise auf die Notwendigkeit der Erforschung der Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nase und des Auges constatirt der Vortr., dass Veränderungen im Tränenschlauch in 93 pCt. rhinogenen Ursprungs sind, weiter sehr häufig Erblindungen durch Ulcus serpens, durch Erkrankungen im unteren Nasengang hervorgerufen werden, Entzündungen des Thränenschlauches, Phlegmonen etc. durch perforirende Empyeme der vorderen Siebbeinzellen zu Stande kommen, seltener die Ductusschleimhaut im Bereiche des Processus praelacrymalis durch eine Antritis in Mitleidenschaft gezogen wird. Die eczematösen Erkrankungen des Auges, die eiternden Katarrhe, die Lidkrämpfe bei Kindern sind oft mit adenoiden Vegetationen vergesellschaftet. Häufiger beobachtet man auch Erkrankungen des Ciliarkörpers, seltener seien solche der Regenbogen- und Aderhaut, sowie

Glaukom, auf Nasenerkrankungen zurückführbar. K. bespricht sodann die nach einzelnen Operationen auftretenden Glaskörpertrübungen, Thrombosen der Vena centralis retinae etc. sowie die funktionellen Sehstörungen. Er weist auf Grund eigener Einwände die Ziem'sche Theorie der uvealen Stauungshyperämie zurück und wendet sich nun der ausführlichen Erörterung der orbitalen und Augencomplicationen durch die acuten und chronischen Eiterungen der Nebenhöhlen zu. Nach einigen diagnostischen Bemerkungen werden die von K. geübten Nebenhöhlenoperationen besprochen.

A. Onodi (Budapest) gibt in seinem Correferate. „Die Beziehungen der Nebenhöhlen der Nase zum Gehirn" einen Ueberblick über seine topographisch-anatomischen Untersuchungen und demonstrirt 63 Tafeln, die das Verhältnis der Nebenhöhlen der Nase zum Gehirn in natürlicher Grösse zeigen und auf sehr instructive Weise über Lage und Entfernung der Nebenhöhlen zu resp. von den Gehirnfurchen, Windungen, Hirnstamm, Brücke und den grossen Ganglien Aufschluss geben. Von 30 bekannt gewordenen Fällen von Hirnabscess wurden nur 7 mit Erfolg durch die Stirnhöhle behandelt. Den in der Hirnchirurgie angegebenen „unteren Stirnpunkt" zur explorativen Gehirnpunktion konnte O. nur viermal finden. Durch Erkrankung der hinteren Stirnhöhlenwand und Perforation kann ein Abscess im convexen Theil und an der Basis des Stirnlappens sowie im Schläfelappen und im Stirnlappen der anderen Seite, durch Erkrankung und Perforation der Siebbeinzellen ein Abscess im Stirnlappen beiderseits und im Schläfelappen derselben Seite auftreten, auch können dabei das Chiasma und der Sehnerv beiderseits erkranken. Von der Keilbeinhöhle aus kann es zur Abscessbildung im Stirnlappen und im Schläfelappen, in den Sehnerven beiderseits kommen, auch kann die Brücke erkranken; hiermit wäre die Erklärung der Entstehung contralateraler und doppelseitiger Hirnabscesse bei einseitiger Nebenhöhlenerkrankung gegeben.

Auch über diese Referate entwickelte sich eine lebhafte Diskussion. M. Paunz (Budapest) referirte über 4 Fälle, in welchen ein nasaler Eingriff Besserung resp. Heilung des Augenleidens brachte. Die Frage des collateralen Oedems im Sehnervencanal resp. der Circulationsstörungen wäre noch besonders zu untersuchen.

L. Rethi (Wien) konnte 2 Fälle von mit Augenerkrankung combinirter Nebenhöhleneiterung durch endonasale Operation zur Heilung bringen.

A. Rosenberg (Berlin) untersuchte gemeinschaftlich mit dem Ophthalmologen Braun 40 Patienten mit Nebenhöhlenerkrankungen mit verschiedenen Augenstörungen und erzielte in mehreren Fällen durch Heilung des Nasenleidens vollständiges Schwinden der Augensymptome.

Hermann Marschick bringt die Statistik der combinirten Nebenhöhlen- und Augenerkrankungen der Klinik Chiari und präcisirt die Indicationen zur endonasalen bezw. äusseren Operation in den geeigneten Fällen.

Sodann theilten Halasz (Miskolcz) und Herbert Tilley (London) ihre diesbezüglichen ziemlich gleichen Beobachtungen mit, worauf G. Killian den grossen Werth der Adenotomie bei phlyctänulären Entzündungen des Auges her-

vorhob und seine prophylaktischen Injectionsversuche in die feinen Gefässe der Nebenhöhlenschleimhaut erwähnte.

Im Anschlusse daran demonstrirte Grünwald (Reichenhall) ein interessantes Präparat, dessen Herstellung auf besondere technische Schwierigkeiten stiess, das den Zusammenhang des Lymphgefässnetzes der Nasennebenhöhlen untereinander erkennen lässt.

Nun sprach G. Mahu (Paris) über „Die Verwendung des automatischen Zungenhalters in der Laryngologie". Durch dieses Instrument bekommt der Operateur beide Hände frei, wodurch die Technik gewisser Mundrachenoperationen erleichtert wird. Er empfiehlt das Instrument zur Adenotomie bei Erwachsenen, Tonsillototomie bei Kindern und in der gesammten Chirurgie des Nasopharynx und der Choanen.

Zum Worte kam dann Alfred Denker (Erlangen), der über „Die operative Behandlung der malignen Tumoren der Nase" sprach. Die Therapie der in den Körperhöhlen sich entwickelnden malignen Tumoren muss nach wie vor eine rein chirurgische bleiben. Schilderung der hauptsächlichsten Operationsmethoden zur radicalen Entfernung der in der Nase und ihren Nebenhöhlen befindlichen malignen Neoplasmen. Als Präliminaroperationen kommen die dauernde und die temporäre Resection des Oberkiefers in Betracht, 2 in der Regel ausserordentlich blutige Eingriffe, welche mitunter die präventive Tracheotomie mit Tamponade der Luftröhre, die Unterbindung der Carotis oder auch die perororale Tubage nöthig machen. Sowohl das Verfahren nach Chalot und Partsch als auch die erwähnten Oberkieferresectionen sind bisweilen von einer enormen Blutung begleitet, welcher Nachtheil sich bei der von D. angegebenen Operation fast ganz vermeiden lässt. Sein Decorticationsverfahren gestattet die breite übersichtliche Freilegung des Ursprungsgebietes der Geschwulst in der Nase und ihren Nebenhöhlen. Es findet dabei keine Continuitätstrennung der äusseren Haut statt, womit ein ideales kosmetisches Resultat erzielt wird. Das Herabfliessen grösserer Blutungen lässt sich dabei fast sicher vermeiden und es fallen somit die präventiven Operationen weg. Auch die Nachbehandlung gestaltet sich einfach.

Uchermann (Christiania) hat die Denker'sche Methode mehrmals mit bestem Erfolge angewandt. Er bespricht weiter seine Erfahrungen über die Bösartigkeit der Sarkome gegenüber den Carcinomen.

Im Anschlusse daran berichtet Ruprecht (Bremen) über einen Fall von Rundzellensarkom der Nase, dessen operative Entfernung wegen zu starker Blutung unterbrochen werden musste, und welches sich im Verlaufe der nächsten Jahre spontan involvirte.

23. April Vormittags.

Präsidenten: Schmiegelow und Frau Buttler.

Felix Semon (London) erstattete sein Referat über: „Die Allgemeinbehandlung localer Leiden der oberen Luftwege" und betont die Wichtigkeit einer Combination einer Localtherapie mit Allgemeinbehandlung

bei allen constitutionellen Erkrankungen, bei bösartigen Geschwülsten, katarrhalischen Affectionen, acuter Bleivergiftung, Diphtherie, acuten Exanthemen sowie bei den Circulationsstörungen, bei der Gicht, in welchem Falle die Allgemeinbehandlung mitunter sogar wichtiger ist als die locale. S. bespricht dann jene Affectionen der Luftwege, in welchen die Erscheinungen auf einzelne Abschnitte beschränkt sind (Heufieber, nervöser Schnupfen, Rachenaffectionen auf Grundlage von Stoffwechselstörungen, in denen die Allgemeinbehandlung von besonderem Werte ist), verschiedene Nervenaffectionen und die Schilddrüsenerkrankungen. Er schliesst mit dem Satze, dass niemand ein guter Specialist sein könne, der nicht gleichzeitig ein guter Allgemeinarzt sei.

An der lebhaften Debatte, die sich begreiflicher Weise bei dem Allgemeincharakter dieses umfassenden Referates entwickelte, betheiligten sich unter andern Watson Williams (Bristol), der seine bisherigen Erfahrungen mit der Opsoninbehandlung besprach, welche sich für die Nachbehandlung nach Nebenhöhlenoperationen eigne. Bei der Larynxtuberculose genüge oft Schweigekur und Anstaltsbehandlung. Theodor Flatau (Berlin) verbreitete sich über die therapeutische Beeinflussung von functionellen Störungen durch die Athemgymnastik. E. B. Waggett (London) über „Vaccinebehandlung bei Sinusitiden", Von dem Gedanken ausgehend, dass bei jeder chronischen Nebenhöhleneiterung ein Gleichgewicht zwischen der toxischen Einwirkung der Bacterienproducte und der Schutzkräfte des Organismus besteht, versuchte W. die Production der protectiven Substanzen im Blute durch eine Vaccinebehandlung nach Wright zu heben. Die Bekanntgabe seiner Misserfolge verfolgt den Zweck, weitere mühevolle Untersuchungen in dieser Richtung zu unterlassen. — Waggett machte weiterhin noch Mittheilungen von den günstigen Erfolgen der internen Darreichung von Kalksalzen bei Rhinorrhoea spasmodica.

Dieser Diskussion folgte der Vortrag Moure's (Bordeaux): Bemerkungen zur Tracheotomie — Thyreotomie beim Kehlkopfkrebs. M. ist für die einzeitige Operation, wonach natürlich die Verwendung der Trendelenburg oder Hahn'schen Kanüle überflüssig wird. Um Verletzungen der Trachealringe zu vermeiden, führt M. eine besondere Kanüle ein, die den Druck in der Trachea auf ein Minimum herabsetzt und sehr leicht einzuführen ist.

In der Discussion sprach sich E. Meyer (Berlin) dahin aus, dass die von M. geübte Technik für eine grosse Zahl von Fällen recht geeignet ist. Im Uebrigen möchte er die Indicationen zur präventiven Tracheotomie möglichst eng ziehen. Auch Tbost (Hamburg) lobt die Kanüle Moure's, der er jedoch noch eine andere Biegung geben möchte. Th. Gluck (Berlin) kann bei Laryngofissur jeglicher Kanüle entrathen, da er mittels Suturen die Wundränder durch seine Assistenten auseinander halten lässt. Er operirt bei hängendem Kopf. Luc (Paris) operirt vorzugsweise in Allgemeinanästhesie und kann durch Injection von Cocain-Adrenalin die Operation so blutleer gestalten, dass die Canüle entbehrlich wird. Grünwald (Reichenhall) hingegen spricht sich mehr für die Anwendung der Localanästhesie aus. Semon (London) warnt vor dem Gebrauche des Adrenalins zur Auspinselung des Kehlkopfes oder zur subcutanen Injection bei der Thyreotomie zur Entfernung bösartiger Neubildungen wegen der Gefahr der Nachblutung und

legt Werth auf eine exacte Vernähung der Schildknorpelplatten. Er sieht in dem Gebrauch der Hahn'schen Canüle keine Gefahr von Sepsis, wenn sie sofort nach der Operation entfernt wird. Moure betont in seinem Schlusswort, dass die Präliminartracheotomie in der Regel doch nothwendig sei. Er sieht in der Einführung der Canüle und in der Naht keine Gefahr. Auch er warnt vor dem Gebrauche von Adrenalin. Die von Thomson in der Discussion ausgesprochene Befürchtung, dass der sofortige Verschluss des Wundcanals gefährlich sei, kann er nicht theilen.

Nun folgt Herbert Tilley (London): Einige Bemerkungen zur Differentialdiagnose der chronischen eitrigen Pansinusitis. In ausführlicher Weise erörtert T. die localen und die allgemeinen Symptome der verschiedenen Nebenhöhlenerkrankungen sowie die wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel, die Rhinoskopie, die elektrische Durchleuchtung und die Röntgenuntersuchung, letztere als von besonderer Bedeutung für die Diagnose der Sinusitis frontalis hinstellend.

v. Eicken (Freiburg) giebt den principiellen Gang der Untersuchung zur Feststellung einer Nebenhöhlenerkrankung auf der Klinik Killian an, der stets exactest durchzuführen ist, weil oft ein schweres Nebenhöhlenleiden rhinoskopisch sich kaum vermuthen lässt. Williams (Bristol) berichtet unter andern über seine explorativen Ausspülungen der Keilbeinhöhle ohne vorherige Entfernung der mittleren Muschel. Hajek (Wien) hat für einige temporär symptomlose Empyeme die Bezeichnung „chronisch recidivirende Entzündung“ vorgeschlagen. Gerade diese sind oft erst nach wiederholten genauesten Untersuchungen gelegentlich einer acuten Exacerbation nachzuweisen. E. B. Waggett hält den Killian'schen Troiquart für zweckmässiger als die Lichtwitz'sche Nadel. Grünwald (Reichenhall) meint, man solle nicht von Empyemen. sondern von Entzündungen sprechen, die mit verschiedenem Sekret einhergehen. Zur Erleichterung der Diagnose empfiehlt er die provisorische Ausblasung der Nebenhöhlen und Tamponade. A. Kuttner (Berlin) constatirt, dass man mit einer ausgebildeten Röntgentechnik heutzutage im Stande ist, jede Erkrankung der vorderen Nebenhöhlen festzustellen. Thost benützt zu diagnostischen Zwecken Luftverdünnung innerhalb der Nase mittels eines eigenen kleinen Apparates, um Sekret zu erhalten. Vohsen (Frankfurt) hält die Saugmethode für überflüssig, im Uebrigen verweist er auf den diagnostischen Werth eines Geräusches, welches viele Patienten mit acuten Processen einige Sekunden nach dem Schneuzen wahrnehmen und welches wahrscheinlich durch einen Druckausgleich zwischen Nasen- und Nebenhöhlen entsteht. L. Rethi (Wien) verwerthet ebenfalls die negative Luftdouche als diagnostisches Hilfsmittel. Er legt dem von Vohsen besprochenen Geräusch keine diagnostische Bedeutung bei. M. Wassermann (München) möchte die Röntgendiagnostik bei Nebenhöhleneiterungen als nicht so unbedingt verlässlich ansehen, wie Kuttner. A. Onodi (Budapest) resumirt die Ergebnisse seiner eingehenden Untersuchungen über „Elektrische Durchleuchtung und Röntgenaufnahme der Stirnhöhle“ an 1200 Schädeln. Es ergiebt sich, dass die elektrische Durchleuchtung als alleinige Untersuchungsmethode nicht ausreicht und durch die Röntgenuntersuchung unterstützt werden muss.

Die Nachmittagssitzung unter dem Präsidium von Costiniu und Semon war vorzüglich dem Röntgenverfahren gewidmet und folgte nach der Erstattung des Referats über dieses so wichtige Thema eine Reihe instructiver Vorträge, Demonstrationen und discutatorischer Bemerkungen, welche das Interesse so wach erhielten, dass die Sitzung bis zum späten Abend andauerte.

Zuerst erstattete H. Burger (Amsterdam) das Referat über „Die Bedeutung der Röntgenstrahlen in der Rhino-Laryngologie". Burger bespricht den Werth dieser Strahlen für die Anatomie, Physiologie und Diagnostik in unserm Spezialgebiete, hebt den grossen Nutzen derselben zur Beobachtung der Knochenkerne und des Knochenwachstums hervor, wobei das Präparat nicht so wie sonst zerstört weiden muss. Durch Röntgenogramme konnten falsche Ansichten über anatomische Verhältnisse berichtigt werden, auch in physiologischer Beziehung haben wir bedeutungsvolle Aufschlüsse erhalten, so über den Schluckakt, die Athmungsmechanik etc., ganz abgesehen von der ausserordentlichen Bedeutung der Radioskopie in diagnostischer und klinischer Hinsicht.

G. Gradenigo (Turin) zählt in seinem Correferate „Ueber die Röntgen- und Radiumtherapie bei den Erkrankungen der oberen Luftwege" in gewissenhaftester Weise die Vortheile der Röntgen- und Radiumtherapie bei den verschiedensten Krankheitsformen unseres Spezialgebietes auf, verschweigt aber auch in anerkennenswerther Weise nicht die unangenehmen Nebenwirkungen, sowie die vorübergehenden und die dauernden Schädigungen in Folge dieser beiden Verfahren.

Artur Schüller (Wien) räth zur Anfertigung sogenannter „typischer" Röntgenaufnahmen für das Gebiet der rhino-röntgenologischen Diagnostik.

(Schluss folgt.) F. Hanszel (Wien).

Bericht über die Ausstellung anlässlich des I. Internationalen Rhino-Laryngologen-Congresses in Wien 1908.

In den geräumigen Festlocalitäten des k. k. Universitätsgebäudes auf dem Franzensring fand in den Tagen vom 21. bis 25. April 1908 eine Ausstellung von in unser Specialgebiet einschlägigen Objecten statt, an der sich Kliniken, Institute, Fachärzte und Fabrikanten des In- und Auslandes ausserordentlich zahlreich betheiligten. Die Ausstellung fand den ungetheilten Beifall aller Kongresstheilnehmer und auch anderer Aerzte, die sich für die Fortschritte in unserem Fache interessiren. Von den Congresstheilnehmern wurde allgemein bedauert, dass in Folge des grossen Arbeitspensums in den Sitzungen die Zeit zur Besichtigung der Ausstellung viel zu kurz wurde, so dass es zweckmässig erschien, sie noch am 26. April offen zu halten.

Dem Charakter der Gedenkfeier unserer Pfadfinder entsprechend wurde der Exposition historischer Objecte besonderes Augenmerk zugewendet, doch wurde auch unserem „Mittelalter", der neuen und der neuesten Zeit ihr volles Recht.

Die Ausstellung war katalogisch und, soweit dies anging, auch räumlich in zwei grosse Gruppen getheilt, deren erste die Kliniken, Institute und Fachärzte, deren zweite alle Fabrikanten umfasste.

I. Theil.

Den weitaus grössten Raum der ersten Gruppe nahm die Ausstellung der k. k. Wiener Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten (Vorstand Hofrath Chiari) ein. In 8 grossen Schränken sah man eine Auslese von hochinteressanten historischen Objecten, so die Instrumente von Türck, von Bruns, Semeleder, Mackenzie, v. Schrötter, Störk und ihre verschiedensn Modificationen, deren werthvolle Ergänzung vom k. k. Museum für Geschichte der österreichischen Arbeit beigesteuert war, das u. a. den ersten von Türck benutzten Kehlkopfspiegel, unter einem Glassturz sorgsam geschützt, ausstellte. Die Klinik hatte ferner in vielen Gläsern die interessantesten pathologisch-anatomischen Präparate, sowie statistische Tabellen, Wandtafeln, Originalporträts von Garcia, Türck, Störk, eine Fremdkörpersammlung und Moulagen aufgestellt. Viel bewundert wurde Türck's Sammlung von Originalaquarellen der Kehlkopf- und Nasenkrankheiten, von der Meisterhand Elfinger's gemalt und unübertroffen dastehend, die auf einem Drahtgestell zur bequemen Ansicht gebracht war. Das Wiener k. k. pathologisch-anatomische Institut hatte 92 in unser Specialgebiet einschlägige Musealpräparate ausgestellt, die ebenso bedeutendes Interesse erregten, wie Hajek's Collection von 31 Nasen- und 6 Kehlkopfpräparaten, welch' letztere seine Untersuchungen über das Larynxödem betreffen. Auch Koschier's 10 verschiedentliche Präparate fanden eingehende Besichtigung, die auch den von der Thierärztlichen Hochschule exponirten Präparaten von Rohrerdampf (Lähmung der Stimmritzenerweiterer) und Fremdkörpern in der Trachea des Pferdes zu Theil wurde.

Gluck brachte zahlreiche exstirpirte Kehlkopf- und Pharynxtumoren mit, von denen er einen grossen Theil gelegentlich seines Vortrages demonstrirte. Nicht geringeres Interesse erregten die 138 Präparate aus dem Museum des k. k. anatomischen Institutes in Wien der Hofräthe Toldt und Zuckerkandl, welche u. a. die normale Anatomie der Nase, die Entwickelungsgeschichte, Varietäten, hypertrophische und atrophische Rhinitis, Polypen, Lues, Tuberculose, Synechien und die Form der äusseren Nase zum Gegenstand haben. Nicht unerwähnt möchte ich die Exposition der 35 Trockenpräparate Hajek's, sowie seinen Apparat zur Uebung der Radicaloperation an der Leiche lassen. Von der Meisterhand des Wiener Mouleurs Dr. Henning hergestellte Moulagen in reichlicher Anzahl aus dem Besitze der Universitätsklinik und des Professors Grossmann sowie der Thierarznei-Hochschule in Wien bildeten eine Zierde der Ausstellung. Ebensowenig als die Zeit der Congresstheilnehmer ausreichte um die erwähnten Objekte eingehend zu besichtigen, ebensowenig hatten sie Gelegenheit, die ausserordentlich zahlreich exponirten Wandtafeln, Zeichnungen, Photographien und Röntgenogramme näher zu besichtigen. Es sind da zu nennen Hennig aus Königsberg, der mit 40 überlebensgrossen Originalgemälden als Unterrichtstafeln zur Pathologie der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs eine der Riesenwände des grossen Saales bekleidete. Photographische Abbildungen verschiedener Krankheitsformen brachten Aboulker und Garel in Lyon, welch letzterer stereoskopische Bilder des Kehlkopfes am Lebenden und Photographien von Kehlkopfpräparaten nach dem Autochromverfahren von Lumière, ferner ein Laryngophantom mit Läutewerk, durchwegs hochinter-

ressante Objecte, sehen liess. Ferner waren von Gluck Wandtafeln, darstellend seine Operationsmethode, farbige Originalzeichnungen bronchoskopischer Befunde von H. v. Schrötter exponirt. Auch Hajek und die Tochter des verstorbenen Laryngologen Gouguenheim in Paris, Bousquet und Onodi (dieser mit einer stattlichen Serie von Bildern, speciell die Nebenhöhlen und die Innervation des Kehlkopfes betreffend) trugen zur Bereicherung dieses Theiles der Ausstellung bei. Röntgenogramme, theils anatomische, theils pathologische Verhältnisse des Oberkiefers darstellend, brachten Grossmann (17 Bilder), Nadolecny, der vorzugsweise sondirte Nebenhöhlen sehen liess, Scheier, Morelli, Brown Kelly, Mouret, Hoffmann (Dresden) und Heymann und Ritter; Manuscripte und wissenschaftliche Werke Czermak's und 13 Arbeiten des verstorbenen Hack (Freiburg), sowie die von ihm herausgegebene Zeitschrift für Otolaryngologie von Kanasugi in Tokio, diverse Objecte Della Vedova's, das Stroboskop des Gesanglehrers Wethlo (Berlin) und Labus Beitrag fanden volle Beachtung. — Auch die Instrumente waren in dieser Abtheilung untergebracht, und zwar von Cauzard, Buscaroli, Czermak, Frankenberger, Stern, Hajek, Mahu, Fein, Rethi, Uchermann und in einem grösseren Umfange von Schrötter, der auch eine reichhaltige Sammlung von Fremdkörpern ausgestellt hatte. Ferner hatten sich die Vorstände der anderen Ambulatorien an den grossen Wiener Krankenanstalten, so Weil mit einigen Instrumenten, Heindl mit Rachenmandelpräparaten und einigen Fremdkörpern, Hanszel mit Choanal- und Gaumenabdrücken an der Exposition betheiligt. Auch eine praktische Laryngologen-Apotheke von Löwenberg in Berlin erregte Interesse.

II. Theil.

In zwei kleineren Sälen war vorzugsweise die Exposition von Fabriken der medicamentösen und instrumentellen Objecte untergebracht. Auch das Wienerwald Sanatorium, die bekannte erstklassige Privatanstalt für Erkrankungen der Atmungsorgane speciell Tuberculose hatte hier ihr schmuckes Anstaltsmodel postirt. Neuere pharmazeutische und organotherapeutische Präparate brachte die Firma F. Bayer u. Co. (Elberfeld) u. A. Mentholpräparate, Coryfin, Alypin, die Hoechster Farbwerke (Sajodin, Novocain, Sera etc.), Parke Davis u. Co., London, Zimmer u. Co., Frankfurt (Estoral als Schnupfpulver etc.), Wellcome u. Co., London (Tabloids, Sprays etc.), Lahir (Kaupastillen und Zahnpulver bei Stomatitis), ferner die Apotheken des Dr. Stohr, Wien und „zur Austria", Wien (gelatinöse Nasenbougis und Radiumpräparate), Camillo Raupenstrauch, Wien (Chloräthyl in Automatenröhren), Dr. v. Sember und Dr. Fehlhaber, Berlin (Migrol gegen Cephalalgie), Clin u. Co., Paris (u. A. Electrargol, Tuberculin Dr. Jakobs), Heyden, Radebeul (Ooral ein secretlösendes Silberproteinat zur Behandlung infect. Schleimhauterkrankungen etc.), Volkmarklopfer, Dresden (Jodglidine) und Dr. Freund und Dr. Redlich, Berlin (u. A. Renoform, ein Nebennierenpräparat zum Aufschnupfen).

Von den namhaften Instrumentenfirmen hatten sich betheiligt die Firma Détert-Berlin, welche u. a. sterilisirbare Kehlkopfspiegel, die Athemplatte nach Glatzel, eine neue Muschelschere nach Herzfeld, ein zweckmässiges Draht-

behältnis nach Jansen, eine Serie von Nähinstrumenten zur intranasalen Naht nach Jankauer ausstellte, die Firma Windler-Berlin, welche an interessanten Neuheiten den Kehldeckelhalter nach Mermod, eine modif. Sprechkanüle nach Gluck brachte, Firma Pfau, Berlin, die sehr schöne Wachs- und Knochenpräparate nebst einer Kehlkopfzange nach Struyken, einer Zange zur Eweiterung des Duct. nasofrontalis auf endonosalem Wege etc. zur Schau stellte; ferner sah man eine interessante Zusammenstellung aller bronchoskopischen Instrumente und ein Phantom zur Bronchoskopie aus der Heimat der Bronchoskopie von J. L. Fischer in Freiburg i. B. und verschiedene Instrumente, von Münchener Fachcollegen angegeben, durch die Firma H. Katsch in München ausgestellt. Sehr zweckmässig scheint das von der Firma Walb in Heidelberg u. a. mitgebrachte complete Kehlkopfinstrumentarium, auf den Handgriff Kümmel's passend, zu sein, ebenso wie der Pulverbläser nach Hedderich. Aber auch die beiden grossen Wiener Firmen J. Leiter und Reiner brachten interessante Neuheiten, erstere u. A. eine nach Chiari modif. Brünning'sche bronchosk. Pincette, ein Speculum für Galvanokaustik in der Nase nach Hanszel, letztere u. A. auch eine grosse Anzahl von Instrumenten nach Angabe der Wiener Laryngologen. Beide Firmen bereicherten auch die historische Austellung mit selbstverfertigten Instrumenten allerersten Zeit der Laryngologie. Electrotechnische Neuheiten sah man bei der Firma Reiniger, Gebbert und Schall (laryngologischer Untersuchungsstuhl nach B. Fraenkel, Bronchoskop nach v. Schrötter, Oesophagoskope, Anschlussapparate u. s. w.) auch die Firmen F. Reiner u. Co., Wien und L. Schulmeister, Wien beteiligten sich mit einer grossen Anzahl elektromedicin. Apparate (flexible Reflectoren mit Bodenstativ etc.). — Grossen Beifall fand die Exposition der Firma Dümmler, Wien mit ihrem Revolverstereoskopkasten mit 50 Bildern aus unserem Spezialgebiete, ihren Diapositiven und den diversen Instrumentenkasten und Tischen. Zu erwähnen ist noch ein neuer Spiegelcondensor zur Beobachtung ultramikroskopischer Theilchen, Mikrotome und Mikroskope von der Firma Reichert, Wien, Verbandsstoffe Wiener Erzeugung (Kahnemann u. Krause) sowie ein Intubationsbesteck von Dr. Engelmann, Wien. Die Expositionen der Verlagsbuchhandlungsfirmen wie Safar-Wien und W. Engelmann-Leipzig (Gesammelte Schriften J. N. Czermak's), Heryng's Apparate für kalten, lauwarmen und heissen Spray sowie andere Inhalationsapparate (System Bulling und Dr. Alexander Reichenhall, Giner Alino, Valencia etc.) vervollständigten das umfangreiche Bild aller in unser Specialgebiet einschlägigen Artikel auf das zweckmässigste.

Hanszel.

V. Briefkasten.

Herr F. Hanszel (Wien) ist in die Reihe der regelmässigen Mitarbeiter des Centralblatts eingetreten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, September. 1908. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **Erbrich. Der erste internationale laryngo-rhinologische Congress in Wien. (Niewszy miedrynarodowy, zjard Laryngologow i rinologew w Wiedniu.)** *Gazeta Lekarska. No. 24, 25. 1908.*

Verf. beschreibt den Eindruck, den er vom Congress mitnahm, die wichtigsten Arbeiten und das Resultat desselben in einer ausführlichen Arbeit, die in einer Sitzung der Warschauer Laryngologischen Gesellschaft vorgetragen wurde.

A. v. SOKOLOWSKI.

2) **Sendziak. Die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nationalitäten. (Rozwoj laryngologii i rynologii u poszczególynch narodowosci.)** *Medycyna. No. 16. 1908.*

Die Arbeit wurde in extenso in dem Centralbl. f. Laryngol. veröffentlicht.

A. v. SOKOLOWSKI.

3) **M. Werner** (Budapest). **Bericht über die Thätigkeit des Ambulatoriums für Hals- und Nasenkranke im hauptstädtischen St. Johannes-Spitale (Primärarzt Dr. Polyak) im Jahre 1906.** *Budapest srckesfőváros közkóchárainar eokönyve. 1906.*

Der casuistische Theil der Publication enthält Krankengeschichten von luetischem Kieferhöhlenempyem, Sklerose des Kehlkopfes, Radikaloperation der Stirnhöhle nach Killian-Hajek, grossem Tuberculom des Nasenrachens, Diaphragma des Nasenrachens, tuberculösen Papillomen der Luftröhre und mehreren tracheo-ösophagoskopischen Fällen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

4) **Holger Mygind** (Kopenhagen). **Die oto-laryngologische Bibliothek des Communehospitals zu Kopenhagen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 380. 1907.*

Eine Danksagung an die ausländischen Collegen, die mit ihren Arbeiten die Bibliothek der oto-laryngologischen Klinik des Communalhospitals zu Copenhagen bereichert haben. Da die Bibliothek eine Anzahl von katalogisirten Doubletten



besitzt, ist Verf. gern bereit, solche mit ähnlichen Bibliotheken zu tauschen sowie Bücher u. s. w. an andere Specialbibliotheken auszuleihen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

5) **Siebenmann** (Basel). **Ueber Mitbetheiligung der Schleimhaut bei allgemeiner Hyperkeratose der Haut.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S 101. 1907.*

Genaue Beschreibung eines Falles von ichthyosiformer Erkrankung. Es handelt sich um eine 19jähr. Magd, die seit frühester Kindheit an Hyperkeratosis cutis universalis leidet ebenso wie ihre Mutter. Die Affection der Schleimhäute besteht auch schon seit langer Zeit und ist progredient. Der Mund kann schlecht geöffnet werden, die Zunge wird unbeweglicher und das Schlucken macht Schwierigkeiten. Bei angestrengter Arbeit tritt Stridor ein. Der Schleimhautüberzug der Lippen ist grösstentheils in eine graue, undurchscheinende Zone von derber Consistenz verwandelt; die Schleimdrüsen springen als höckrige Knötchen vor. Das Frenulum der Oberlippe ist kurz, verdickt, mit vernarbten Einrissen. Der Schleimhautüberzug des Alveolarfortsatzes ist ebenfalls wulstig. Die Schleimhaut des Velums, des vorderen Gaumenbogens und einer Partie der Tonsillen zeigt sich beiderseits in grosser Ausdehnung gelblich weiss verfärbt. Vom harten Gaumen ziehen strahlige, gelbliche Flecken in scharfer Abgrenzung gegen das gesunde Gewebe des weichen Gaumens hinein, während die Uvula und die nächste Umgebung ihrer Basis normal ist. Die Zunge kann kaum über die Zahnreihe hervorgestreckt werden und fühlt sich in toto ziemlich hart an. Die Zungenoberfläche fühlt sich an und sieht aus wie kurzgeschorener, rauher Plüsch. Die Unterfläche der Zunge ist glatt, aber noch härter als die Oberfläche. — Vereinzelte weisse Flecke finden sich auf der hinteren Rachenwand und den Sinus pyriformes. Das obere Drittel der Epliglottis ist grau-rosa, sammetartig, verdickt. Eine über hanfkorngrosse Prominenz findet sich auf der hinteren Larynxwand. Die Stimmlippen zeigen flache Verdickungen des Randes, wodurch Schlussunfähigkeit besteht.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Pachydermie des Rachens und des Kehlkopfs, während der Papillarkörper der Lippenschleimhaut und der der Frenulumgegend der Zunge mit Sclerom entfernte Aehnlichkeit haben.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

6) **Georg Cohn** (Königsberg i. Pr.). **Bemerkungen zu dem Aufsatz von Peras: „Primärer Lupus der Schleimhäute".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 167. 1907.*

Verf. vertritt die Ansicht von dem häufigen Vorkommen des primären Lupus der Nasenschleimhaut und führt zum Beweise dafür Feststellungen der älteren und neueren Literatur an.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

7) **A. Eysell** (Kassel). **Beitrag zur Syphilistherapie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 24. 1908*

Autor empfiehlt als „bequeme, reinliche und diskrete Methode der Syphilisbehandlung" 3mal tägliche Einblasungen von Calomel in beide Nasen. Lässt man den Kranken während des Einblasens tief inspiriren, so „gelingt es leicht,

auf diesem Wege das Pulver auch in den Kehlkopf und die Trachea einzustäuben". Abgesehen von der Beeinflussung localer Processe, sah Autor bei dieser Methode „syphilitische Affectionen an anderen Körperstellen ebenfalls verschwinden". „Oertliche Reizungen treten nur bei gleichzeitiger Verordnung von Jod auf", „Stomatitis mercuralis bei entsprechender prophylaktischer Behandlung der Mundschleimhaut selten". Bei kleinen Kindern verwendet Autor Calomel und Milchzucker zu gleichen Theilen, bei Patienten über 10 Jahre Calomel 2:1 Milchzucker, 0,1—0,3 dreimal täglich in jedes Nasenloch.

HECHT.

8) **Richard Arthur** (Sidney). **Die Nachahmungsfähigkeit der Syphilis. (The mimicry of syphilis.)** *Australasian Medical Gazette. 20. März 1908.*

Verf. theilt zwei Fälle mit, die einen Commentar bilden sollen zu der Arbeit von Sir Felix Semon über die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose, Syphilis und maligner Erkrankung des Larynx, und zeigen, wie gross die Schwierigkeiten sind, die bisweilen erwachsen.

Der erste Fall betraf eine sehr decrepide Frau von 35 Jahren. Sie hatte eine typische Schwellung über den Aryknorpeln; die Epiglottis war gleichfalls erkrankt. Es bestand eine ausgedehnte Affection der rechten Lunge. Nach zwölf Monaten sah A. die Patientin wieder; ihr Zustand hatte sich weder zum Bessern noch zum Schlechtern verändert. Er gab jetzt grosse Dosen Jodkali; nach einigen Monaten war die Heiserkeit fast verschwunden und die Aryknorpel hatten ihr gewöhnliches Aussehen wiedererlangt.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine Frau in mittleren Lebensjahren, bei der ausgesprochene Schwellung und Ulceration eines Stimmbandes bestand, ferner Halsdrüsenschwellung. Auch hier trat Heilung unter antisyphilitischer Behandlung ein.

A. J. BRADY.

9) **Letulle** und **Debré. Sporotrichose der Haut und der Schleimhäute. (Sporotrichose de la peau et des muqueuses.)** *Société médicale des hôpitaux. 19. März 1908.*

Verff. haben Gelegenheit gehabt, bakteriologische und pathologisch-anatomische Untersuchungen eines schweren Falles von Sporotrichose anzustellen. Die Abhandlung enthält zahlreiche Abbildungen.

GONTIER de la ROCHE.

10) **K. Hess. Die pneumatische und Inhalations-Behandlung.** *Giessen 1908.*

Eine populäre, recht geschickt geschriebene Abhandlung über die verschiedenen Arten der pneumatischen und Inhalationsbehandlung: Von den zu diesen Zwecken zur Verfügung stehenden Apparaten sind besonders die im Bad Nauheim aufgestellten berücksichtigt. — War es aber durchaus nothwendig, das Büchlein, das in dieser Form doch offenbar nur für Laien bestimmt und berechtigt ist, mit einer ausführlichen Indicationsstellung zu belasten?

A. KUTTNER.

11) **Weinberger. Weitere Beiträge zur Radiographie der Brustorgane.** (Aus der III. med. Universitäts-Poliklinik weil. Hofrath v. Schrötter's in Wien.) *Med. Klinik. No. 16. 1908.*

Speciell in mehreren Fällen von Bronchialcarcinom hat die Radioskopie die

Diagnose wesentlich erleichtert. Die Entwicklung des schattengebenden Krankheitsherdes in einem oberen Lappen bei Freibleiben der anderen Seite sowie die gleichmässige Beschaffenheit und oft charakteristische Gestalt und Begrenzung der durch das Neoplasma bewirkten Schattenbilder gegenüber den fleckigen, diffus angeordneten und unscharf conturirten Infiltrationsprozessen vermag die Differentialdiagnose gegen tuberculöse Erkrankungen wesentlich zu unterstützen.

HANSZEL.

12) **Heinrich Hálasz** (Miskolcz). **Der Werth des negativen Druckes (Saugens) in der Oto-Rhinologie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1907.*

Nach ausgiebiger Besprechung der einschlägigen Literatur Empfehlung des Sondermann'schen Saugapparates bei den verschiedenen eitrigen Affectionen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

HECHT.

13) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Bedeutung der Röntgenstrahlen in der Rhino-Laryngologie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 4. 1908.*

Skizzirung des auf dem Wiener Laryngo-Rhinologen-Congress erstatteten Referates bezüglich Anatomie, Physiologie und Diagnostik.

HECHT.

14) **Baumgarten. Ueber den therapeutischen Werth des Coryfins.** *„Gégészet". Beilage der Budapesti Orvosi Ujság. No. 14. 1908.*

B. wandte dasselbe mit Erfolg an: bei acuter Coryza als Pinselung, bei Larynxtuberculose mit Anästhesin (1,0 auf 20,0 Coryfin) als Instillation.

v. NAVRATIL.

15) **J. F. Burnhill. Formidinpulver in der Ohren-, Nasen- und Halschirurgie. (Formidine powder in ear, nose and throat surgery.)** *Journal of Ophthalmology, Otology and Laryngology. März 1908.*

Formidin wird mit Zusatz von 25—75proc. Bismuth oder Borsäure als Ersatzmittel für Jodoform gebraucht.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Franz Törne** (Lund). **Hochgradige Stenose in der Nase beim Uebergang zwischen Vestibulum und der eigentlichen Nasencavität.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 552.*

Beschreibung des Falles, der auf einen congenitalen Bildungsfehler zurückgeführt wird. Heilung durch Operation.

F. KLEMPERER.

17) **Kurt Walliczek** (Breslau). **Ueber eine neue Operationsmethode der vorderen Nasenstenose resp. Nasenatresie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 47. 1907.*

Verf. lässt die geringfügigen Verwachsungen gewöhnlich unbehandelt. Bei hochgradigen Verengerungen verfährt er, da ihn die bisherigen Methoden nicht befriedigten, folgendermaassen:

1. Act: Trennung der Verwachsungen des Nasenflügels mit dem Septum in

der Richtung nach dem Nasenboden und nach oben hin bis fast an die Nasenspitze. Sodann Trennung des Nasenflügels in seinem knorpeligen Abschnitt vom Boden und Abziehen nach aussen und oben. Dabei Durchschneidung der Arteria angularis und ihrer beiden den Flügel versorgenden Aeste. Blutstillung.

2. Act: Umsäumung der Wundränder durch Nähte.

3. Act: Verf. löst neben der äusseren Ansatzlinie des Nasenflügels aus der Haut der Wange einen etwa 5 mm breiten und beliebig langen spitzwinkligen Lappen, dessen Stiel an der Oberlippe ist, und näht diesen an den inneren Wundrand der durch Ablösung des Nasenflügels entstandenen Wunde fest. Den noch freien äusseren Rand des so auf den Nasenboden transplantirten Lappens vernäht er mit dem inneren Wundrande an der Basis des abgelösten Nasenflügels und den äusseren Wundrand des Nasenflügels mit dem noch übrig bleibenden äusseren Rand der Wunde an der Wange, aus welcher der Hautlappen in die Nase transplantirt wurde.

4. Act: In die Nase wird ein mit Jodoformgaze umwickeltes starkes Gummirohr eingeführt. Collodium- resp. Heftpflasterverband.

Die Nachbehandlung gestaltet sich äusserst einfach. Am zweiten bis dritten Tage wird das Gummirohr aus der Nase entfernt, statt dessen wird ein Jodoformgazestreifen in die Nase eingelegt. Am 5. Tage Entfernung der Nähte. Bettlägerig sind die Patienten nur am Tage der Operation, welche am besten in Narkose vorgenommen wird. Nach 10—12 Tagen ist die Nase heil und der Patient kann als völlig geheilt mit vorzüglicher Nasenathmung entlassen werden. Narben bleiben nicht zurück.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

18) **A. Balla. Ueber die congenitale Choanalatresie. (Sulla stenosi congenita delle coane.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1907.*

Verf. theilt ausführlich zwei Fälle mit; der eine betraf eine 25jährige, der andere eine 45jährige Frau. Er giebt eine sehr umfangreiche Literaturübersicht. Im Ganzen hat er 153 bisher veröffentlichte Fälle ausfindig gemacht, die er in typische (96), atypische (31) und unbestimmte (26) eintheilt. Nach der Art der Atresie waren es 96 mit knöcherner, 29 mit membranöser, 8 mit gemischter, 1 mit fibrocartilaginöser und 16 mit unbestimmter. Beiderseitig waren 72, rechtseitig 47, linksseitig 23; bei 11 ist nicht angegeben, auf welcher Seite die Atresie war.

FINDER.

19) **L. D. Brose. Völliger congenitaler Verschluss der rechten Choane. (Complete congenital occlusion of the right posterior nares.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Es handelte sich um einen völligen knöchernen Verschluss. Die Operation wurde in Chloroformnarkose gemacht, indem der Zeigefinger der linken Hand zum Schutz in den Nasenrachen eingeführt und dann mit dem Troikart von vorne her eine Oeffnung gemacht wurde; diese wurde nach unten und aussen mit Säge und Meissel erweitert, bis ein ziemlich grosses Gummirohr durchgeführt werden konnte. Der Katheter wurde erst nach 6 Wochen fortgelassen.

EMIL MAYER.

20) **Koenigstein. Ein Fall von Atresie der linken Choane infolge von Knochenbildung. (Przypadek kostnego zarosniecia lewej choany.)** *Gazeta Lekarska. No. 8. 1907.*

Die Atresie, die ein 18jähriges Mädchen betroffen hat, wurde vom Verf. in operativer Weise mittelst Ausmeisselung mit günstigem Erfolge beseitigt.

A. v. SOKOLOWSKI.

21) **Litwinowicz. Ein Fall von totaler Verwachsung der hinteren Nasenöffnungen. (Przypadek supelnej niedroznosci tylnych nozdrzy.)** *Gazeta Lekarska. No. 15. 1908.*

Bei der Rhinoscopia anterior wurde eine narbige Zusammenziehung der Schleimhaut mit kleinen Einziehungen auf der linken Seite oberhalb des Palatum wahrgenommen. Die Rhinoscopia posterior ergiebt eine ausgesprochene Atrophie der Schleimhaut. Der Patient, bei dem der Geruch vollständig erhalten war, konnte die nasalen Consonanten nur mit Mühe aussprechen. Die Aetiologie des Falles blieb ganz dunkel.

A. v. SOKOLOWSKI.

22) **J. G. Parsons. Hypertrophie der Muscheln. (Hypertrophy of the turbinates.)** *Journal of the American Medical Association. 16. März 1907.*

Verf. sticht in das vordere Ende der Muschel sein Instrument, ein „Sägemesser", ein und durchtrennt so submucös das cavernöse Gewebe; er will auf diese Weise denselben Effect erzielen, wie bei einer submucösen Cauterisation, ohne dass dieselben Uebelstände, wie bei dieser, nämlich die nachfolgende Reaction und Functionsstörung der Schleimhaut, auftreten.

EMIL MAYER.

23) **I. Kubo** (Fukuoka, Japan). **Ueber die Entstehung der sogen. „lappigen Hypertrophien" der Nasenmuscheln.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 202. 1907.*

Nach Verf. kommen zwei Hauptursachen für die Lappenbildung in Betracht: Reichthum an Drüsenausführungsgängen und Wucherung der adenoiden Schicht. Die Papille als solche ähnelt mikroskopisch absolut dem Polypen; daher ist es klar, dass die lappige Hypertrophie fast gar nicht von Cocain beeinflusst wird infolge des nur sehr geringen Gehaltes an Gefässen. Während die Papillen frei von Drüsen und Gefässlacunen sind, enthalten sie Capillaren, lockere Bindegewebsfasern, infiltrirte Rundzellen und Schleimzellen.

Das Gewebe unter den Papillen besteht hauptsächlich aus Drüsen, Gefässlacunen, Bindegewebsfasern und Rundzellen in wechselnder Menge. In dieser Schicht befinden sich die Veränderungen bei der glatten Hypertrophie.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

24) **Inokichi Kubo** (Japan). **Beiträge zur Histologie der unteren Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 85.*

Die histologischen Untersuchungen K.'s, welche den Schwellkörper und die elastischen Fasern der unteren Muschel zum Gegenstand haben, sind auf der Killian'schen Klinik vorgenommen. Das Untersuchungsmaterial stammt

von einem Menschen, bei dem wenige Stunden nach dem Tode dadurch eine natürliche Injection der gesammten Blutgefässe der Nase erzielt wurde, dass die Leiche auf einem Brett befestigt mit den Füssen nach oben gestellt wurde. — Ueber den Verlauf des Gefässsystems sagt Verf.: Die Art. nasalis posterior — nach ihrer Verzweigung in drei kleinere Arterien getrennt — schickt kleine Zweige in die Subepithelialschicht, zu den Drüsen und zum Periost und zerfällt in Capillaren. Diese Capillaren münden insgesammt in den Schwellkörper und leiten das Blut in die Venenstämme. Die Arterien münden nirgends direct in den Schwellkörper, sondern immer erst nach Auflösung in Capillaren. F. KLEMPERER.

25) **Ino Kuko** (Fukuoka, Japan). **Zur Frage des normalen Zustandes der unteren Nasenmuscheln des Menschen. (Histologische Untersuchungen an den Muscheln von Neugeborenen.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 191. 1907.*

Auf Grund seiner Untersuchungen an Nasen von Neugeborenen (5 Fälle) kommt Verf. zu einigen für die Pathologie wichtigen Schlüssen:

1. Die Verdickung der Grenzmembran ist ein Zeichen überstandener Entzündung der Nasenmuscheln.
2. Unregelmässige, in die Tiefe vorgerückte Drüsen ergeben die Mitleidenschaft der Drüse bei Entzündungen.
3. Ausgeprägtsein der adenoiden Schicht in der subepithelialen Schicht bedingt Muschelhypertrophie.
4. Bedeutende Dicke der Gefässwandungen der Rindenschicht und Unregelregelmässigkeit der Lumina beweisen Hypertrophie der Schwellapparate.
5. Das Vorhandensein der elastischen Fasern in der subepithelialen Schicht kann man keineswegs als ein Zeichen von Hypertrophie der Muschel betrachten.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

26) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Eine Cyste der unteren Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 388.*

Die Cyste verrieth sich durch Durchbruch nach aussen, nachdem einige Monate vorher Nasenpolypen entfernt worden waren. F. KLEMPERER.

27) **Jac. Cohn** (Bromberg). **Eine überfüllte Knochencyste der unteren Nasenmuschel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No 1. 1908.*

Nach Besprechung der einschlägigen Literatur Mittheilung der Krankengeschichte obigen Falles. HECHT.

28) **J. M. Bick. Partielle Entfernung der unteren Muschel mit der Myles'schen Nasenzange. (Partial inferior turbinectomy as perfomed with Myles' nasal forceps.)** *Illinois Medical Journal. November 1906.*

Verf. rühmt die Vorzüge der Zange gegenüber den scheerenartigen Instrumenten. Die Weichtheile des hinteren Muschelendes werden mit der kalten Schlinge entfernt. Auf die Wunde wird eine ziemlich dicke Schicht Watte aufgelegt, diese dann mit Collodium durchtränkt und so 4—6 Tage lang liegen gelassen.

EMIL MAYER.

29) **D. A. Kuyk. Eine operative Methode zur Verkleinerung der unteren Muschel ohne Cauterisation oder Excision. (An operative method for the reduction of the inferior turbinate other than by cauterization or excision.)** *N. Y. Medical Record. 9. März 1907.*

Verf. macht eine oder mehrere Incisionen durch die Schleimhaut der hypertrophischen Muschel bis auf den Knochen; dann wird in diesen mit einer breiten Säge ein Einschnitt gemacht, dessen Tiefe sich nach der Beschaffenheit des Knochens richtet. Ist dieser hypertrophirt und stark, so geht der Schnitt tief in seine Substanz hinein. Nach Reinigung der Nase werden die Ränder der Schleimhautincisionswunde sorgfältig in den Knochenschnitt hineintamponirt, der zu diesem Zweck gehörig breit gemacht worden war. Der Tampon bleibt 3—4 Tage liegen und wird dann vorsichtig entfernt.

LEFFERTS.

30) **J. L. Goodale. Pathologie der mittleren Muschel. (Pathology of the middle turbinate.)** *Journal of the American Medical Association. 22. Juni 1907.*

Verf. bespricht die Entzündungen der mittleren Muscheln, die Hypertrophie und Atrophie derselben. Es sei schwierig zu sagen, weshalb in einem Fall Hypertrophie des Knochens vorherrscht, in einem anderen Resorption der Knochensubstanz. Möglich ist, dass die entzündliche Infiltration, welche die Substanz der Muscheln durchdringt, an manchen Stellen zu einer Stase infolge Compression der Venen führt; andererseits kann eine durch die Infiltration hervorgerufene Congestion im Periost Uebererernährung bewirken und so zu einer Hyperplasie führen.

EMIL MAYER.

31) **N. Lewin** (Moskau). **Ein Fall von Mucocele der mittleren Muschel.** (Aus der k. k. Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrath O. Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Die Cyste entwickelte sich diesmal abweichend von den bisher bekannten Fällen in der Schleimhaut des vorderen Endes der mittleren Muschel als Retentionscyste. Die histologische Untersuchung spricht für einen entzündlichen Ursprung.

HANSZEL.

32) **A. Schmidt** (Würzburg). **Ein blutender Polyp der unteren Muschel (Angioma cavernosum).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 515. 1907.*

Sehr heftige Blutung aus einem am vorderen Ende der rechten unteren Muschel sitzenden, erbsengrossen, blaurothen Tumor mit dünnem Stiele. — Durch Abtragen des Tumors mit der Schlinge und Tamponade wurde die Blutung beseitigt. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich als Grundlage der Geschwulst ein sehr zellreiches Bindegewebe, das durch enormen Reichthum an Bluträumen ausgezeichnet ist.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

33) **Greenfield Sluder. Eine Methode zur theilweisen oder völligen Entfernung der mittleren Muschel. (A method for the removal of the whole or a part of the middle turbinate.)** *Journal of the American Medical Association. 29. Juni 1907.*

Die mittlere Muschel wird von ihrem Ansatz an die Siebbeinkapsel mittelst

eines im rechten Winkel zum Griff gebogenen und an den Rändern scharfen Messers losgetrennt. Die Ausführung dieser Procedur wird detaillirt beschrieben und durch Abbildungen illustrirt. Wenn die Muschel nach der Abtrennung noch, wie dies gewöhnlich der Fall ist, an einigen Schleimhaustreifen festhängt, so wird sie mittels der Schlinge ganz entfernt.

EMIL MAYER.

34) **J. N. Stucky. Nichtoperative Behandlung der mittleren Muschel. (Nonoperative treatment of the middle turbinate.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juli 1907.*

Die primäre Ursache der Erkrankungen der mittleren Muschel ist gewöhnlich eine Allgemeinaffection; die unmittelbare Veranlassung besteht in übermässigem Genuss von Caffee, Thee, Alcohol. Es handelt sich meist um neurotische Patienten, die gut zu leben gewohnt sind und sich nicht viel bewegen. Meist leiden sie an Obstipation. Man findet bei ihnen Indicanurie und harnsaure Diathese. Verf. findet selten Localbehandlung nöthig; seine Therapie richtet sich nur allein gegen den Allgemeinzustand.

LEFFERTS.

35) **W. E. Casselberry. Die Indicationen zur Resection der mittleren Muschel. (The indications for resection of the middle turbinate.)** *Journal of the American Medical Association. 6. Juli 1907.*

1. Zur Drainage der Nebenhöhlen und um diese der Diagnose und Behandlung zugänglich zu machen.
2. Zur Drainage und Reinigung bei gewissen Formen der atrophischen Rhinitis (Atrophische Ethmoido-Rhinitis).
3. Zur Beseitigung ödematöser Schwellungen und als Zugang zur Radicalbehandlungen nicht-eitriger Ethmoiditis und Nasenpolypen.
4. Um den Druck aufzuheben, durch den Kopfschmerz, Neuralgie, Augensymptome etc. hervorgerufen werden.
5. Um die nasale Respiration zu verbessern.
6. Um Hyperästhesie zu beseitigen und gewisse Reflexe, wie Niessen, Asthma etc. herabzumindern.

EMIL MAYER.

36) **P. Heymann** und **G. Ritter** (Berlin). **Zur Morphologie und Terminologie des mittleren Nasenganges.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Verschiedene Auffassung und verschiedene Nomenclatur haben die Autoren bestimmt, auf Grund eingehender Studien an zahlreichen eigenen Präparaten eine scharf begrenzte Definition des Hiatus semilunaris und des Infundibulum zu geben, wodurch das Verständnis der complicirten Verhältnisse wesentlich gefördert wird. Die Details sind im Originale nachzusehen.

HANSZEL.

37) **A. Onodi** (Budapest). **Ueber die häutigen Theile der sogen. Fontanelle des mittleren Nasenganges.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 488.*

Anatomische Studie: Beschreibung und Abbildung der verschiedenen vorkommenden Varietäten.

F. KLEMPERER.

38) Onodi. **Ueber die membranöse Wand des mittleren Nasenganges.** *Orvosi Hetilap. No. 48.*

Verf. stellte an 20 Schädeln Untersuchungen über die laterale Wand des mittleren Nasenganges an, namentlich über deren membranöse Stellen, die „Fontanellen“ Zuckerkandl's. Unterscheidet im Gebiete des Hiatus seminularis eine untere und obere Fontanelle, hinter dem Hiatus eine hintere, über und unter demselben eine obere und untere hintere Fontanelle. Giebt Massangaben über die Grösse der membranösen Stellen. Beschreibt die Verhältnisse der accessorischen Oeffnungen.

v. NAVRATIL.

39) George Laurens. **Behandlung der chronischen eitrigen Rhinitis der Kinder. (Treatment of chronic suppurative rhinitis of children.)** *N. Y. Medical Journal. 4. August 1906.*

Verf. empfiehlt, besonders für die Rhinitis bei kleinen Kindern, Wasserstoffsuperoxyd. Das Präparat muss durchaus rein sein; da es bisweilen Spuren von Salzsäure enthält, die sehr irritirend auf die Nasenschleimhaut wirkt, so empfiehlt er vorherige Neutralisation durch Soda. Um die Stabilität der Lösung zu sichern, wird Zusatz von Acid. boric. gerathen. Diese Lösung für locale Application soll mit 2 Theilen destillirten Wassers gemacht werden. Es wird drei bis viermal täglich ein halber Theelöffel voll dem Kind in jedes Nasenloch gegossen. Die Resultate waren ausgezeichnet.

LEFFERTS.

40) Louis Fischer. **Rhinitis bei Kindern, sowie recidivirende Rhinitis infolge intestinaler Autointoxication. (Rhinitis in children including recurrent coryza, due to intestinal autointoxication.)** *N. Y. Medical Record. 5. Januar 1907.*

F. beschreibt, was er „intestinale Rhinitis“ nennt. Diese Form kommt häufig bei dyspeptischen Kindern mit Darmstauungen vor. Die vasomotorischen Nerven, welche die Nasenschleimhaut versorgen, bewirken, wenn sie durch intestinale Toxine afficirt sind, vasomotorische Störungen, deren eine die recurrirende Rhinitis ist. Der Urin enthält in solchen Fällen stets Indican. Die Behandlung soll vor allen Dingen sich gegen die Grundursache richten.

LEFFERTS.

41) Jeannin. **Eitrige Rhinitis mit citronengelbem Ausfluss beim Neugeborenen. (La rhinite purulente à écoulement citrin chez le nouveau-né.)** *L'obstétrique. No. VI. 1906.*

Diese Art von Rhinitis tritt gewöhnlich am 6. bis 7. Tage nach der Geburt in brüsker Weise auf. Der Ausfluss ist charakterisirt durch seine helle, durchsichtige Beschaffenheit und eine citronengelbe Farbe, die durchaus pathognomonisch ist; er ist sehr reichlich und erschöpft sich nach einigen Tagen. Die Respiration wird schwierig, der Allgemeinzustand ist in Mitleidenschaft gezogen, die Temperatur steigt auf 39° bis 41°.

Der Verlauf ist verschieden. Manche Kinder gehen innerhalb 2—3 Tagen in Folge pneumonischer Complication zu Grunde. Tritt Heilung ein, so hört der Ausfluss nach 8—10 Tagen auf, ohne dass chronische Veränderung zurückbleiben. Die Hälfte der Fälle jedoch verläuft tödtlich.

Die primäre Ursache der Erkrankung besteht in Erkältung. Ein anderer

wichtiger Factor jedoch ist die Ansteckung; die Erkrankung fällt häufig zusammen mit Mammainfectionen der Mutter.

Die bacteriologische Untersuchung ergiebt in den meisten Fällen das Vorhandensein des Staphylococcus aureus; niemals wurden Gonokokken gefunden.

C. CARTAZ.

42) **George L. Richards. Die atrophische Rhinitis: ein Vorwurf gegen die Rhinologie. (Atrophic rhinitis: a resproach to rhinology.)** *Journal of the American Medical Association. 5. Januar 1907.*

Verf. geht von dem Satze aus, dass die atrophische Rhinitis für den Patienten selbst und seine Umgebung unangenehmer sei, als Hypertrophie der Muscheln, der Tonsillen, ja unter Umständen selbst als Sinuserkrankungen und dass sie zu Unrecht von der Rhinologie stiefmütterlich behandelt werde, bespricht dann Aetiologie und Pathologie der Erkrankung und kommt zum Schluss wieder darauf zurück, dasssie das entmuthigendste Kapitel in der gesammten Rhinologie darstellt.

EMIL MAYER.

43) **Fletcher E. Ingals. Die Behandlung der hypertrophischen und intumescirenden Rhinitis mittels Galvanokaustik. (The treatment of hypertrophic and intumescent rhinitis with galvanocautery.)** *Y. N. Medical Journal. 10. August 1907.*

Verf. hält in den Fällen, bei denen keine Complication durch Deviationen und Leisten vorliegt, die Galvanokaustik für die Methode par excellence. Sind Deviationen oder Leisten geringen Grades vorhanden, so bringt die Galvanocaustik Erleichterung, ohne dass Septumoperationen nothwendig würden. Verf. hat bei mehreren tausend Cauterisationen nur einmal eine Complication durch Mittelohreiterung gesehen. Bei linearer und kunstgerechter Galvanocaustik trifft der Einwand nicht zu, dass durch den Eingriff zu viel von der Schleimhaut zerstört wird. Borkenbildung tritt nicht stärker auf, als nach anderen Nasenoperationen.

LEFFERTS.

44) **H. Schmidt** (Harsefeld). **Zur Therapie der Ozaena: Gurgeln mit geschlossenem Munde.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1908.*

Schmidt empfiehlt das „Gurgeln mit geschlossenem Mund", wobei ein Theil der Gurgelflüssigkeit in den Nasenrachen gespritzt wird und hier, während das Gaumensegel auf- und niederbewegt wird, die Secretborken bespült, die dadurch rasch zur Lösung gebracht werden".

HECHT.

45) **Sondermann. Tampenade der Nase bei Ozaena. (Packing the nose in ozaena.)** *N. Y. Medical Record. 5. Januar 1907.*

Die Spülungen sind für den Patienten unbequem, werden daher von dem Patienten oft vernachlässigt und bieten ausserdem die Gefahr der Infection der Tube. Er empfiehlt folgende Methode, die ihm grosse Dienste geleistet hat: der Patient erhält einen Apparat, bestehend aus einem kleinen aus sehr dünnem Gummi gearbeiteten Beutel, der an einem abnehmbaren Rohr und Gummiballon befestigt ist. Der Beutel wird in zusammengedrücktem Zustand in die Nase eingeführt und

wird dann mittels des Ballons aufgeblasen. Er legt sich dann von selbst den Nasenwandungen an und reicht sogar bis in den Nasenrachenraum. Durch einen Klemmhahn wird die Luft am Entweichen gehindert und der Ballon wird abgenommen. Nach 5—10 Minuten lässt man die Luft heraus und der Beutel kann jetzt leicht entfernt werden; mit ihm kommen die Borken heraus. Verf. räth dazu, den Apparat zuerst zweimal, später einmal täglich zu benutzen. LEFFERTS.

46) **Albert Blau** (Görlitz). **Die Behandlung der Ozaena mittelst Paraffininjectionen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 448.*

Verf. berichtet über 10 Fälle. In 5 derselben wurde durch die submucösen Paraffininjectionen jegliche Borken- u. Geruchsbildung vollständig zum Schwinden gebracht; in 3 Fällen verschwand der Geruch, aber eine ganz geringfügige Bildung durch Schneuzen leicht entfernbarer kleinster Borken blieb bestehen. Der durch die Behandlung erreichte Zustand der Besserung bezw. Heilung in den 8 Fällen bestand noch 1—$2^1/_2$ Jahre nach Aufhören der Behandlung in gleicher Weise fort. F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

47) **N. Ph. Blegvad** (Kopenhagen). **Schwarze Zunge (Lingua villosa nigra).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 197. 1907.*

Sehr ausführliche Beschreibung von 10 seit 1905 beobachteten Fällen und erschöpfende Literaturangabe. —

In der Epikrise kommt Verf. zu dem Schluss, dass die meisten Hypothesen einer eingehenden Kritik nicht standhalten können und dass die schwarze Zunge durch Verlängerung der Papillae filiformes einerseits, anderseits durch Verfärbung auf rein chemischem Wege, vor allen Dingen durch Ingesta (Speisen, Wein, Tabak) und durch Medicamente (Eisen, Quecksilber u. A.) entsteht.

Die Ursache ist wahrscheinlich eine Reizung, am häufigsten wohl eine leichte Glossitis, die durch ein Leiden der Nase, des Halses oder der Verdauungsorgane, durch Rauchen, Anwendung von Medicamenten hervorgerufen wird. Für das beste Mittel hält Verf. eine 10proc. Wasserstoffsuperoxydlösung zum Pinseln, die durch die Wirkung ihres Sauerstoffs den Farbstoff geradezu destruiren kann.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

48) **F. Guégneu** (Paris). **Ueber ein neues „Oesporen“ in der schwarzen Haarzunge. (Sur un „oospora“ nonveau dans la „langue noire pileuse“.)** *Académie des sciences. 11. März 1908.*

Dieser Pilz, den Verf. „Oospora lingualis“ nennt, findet sich gewöhnlich auf der Zunge nicht; er färbt sich nach Gram, lässt sich aber nur schwer cultiviren. In dem mitgetheilten Fall war er mit dem gewöhnlichen „Cryptococcus linguae pilosae“ vergesellschaftet. GONTIER de la ROCHE.

49) **Pawlowski. Zur Frage der acuten Entzündung der Zunge infolge Staphylekokkeninfection. (K woprosu ob ostrom wospal. jasika staflokokkowawo proishoshdenijia glossit acuta staphylococcika.)** *Russ. Wratsch. No. 44. 1907.*

Pawlowski berichtet, dass nach seinen Untersuchungen in Kleinrussland

die Hände und die Haut besonders der Bauern sehr häufig mit Staphylokokkenansiedelungen bedeckt seien. Darin sieht P. den Grund der daselbst häufiger beobachteten Glossitis von acutem, benignem Charakter, welche sonderlich bei Kindern mit Bläschenbildung verläuft und bei leichter Desinfection in etwa 8 Tagen zur Heilung gelangt. In 8 Fällen hat er Staphylokokken in den Bläschen nachgewiesen. P. meint, dass diese Form noch nicht beschrieben worden ist.

P. HELLAT.

50) **Dominici** und **Borg** (Paris). **Epitheliom der Unterlippe, behandelt mit den P-Strahlen des Radium. (Epithelioma de la lèvre inférieure traité par les rayons P du radium.)** *Société française de Dermatologie et Syphiligraphie. 5. März 1908.*

Der Tumor ist rapid zurückgegangen bis zur völligen Heilung. Es wurden die P-Strahlen mit Ausschluss der α u. β-Strahlen nutzbar gemacht.

GONTIER de la ROCHE.

51) **E. Baumgarten** (Budapest). **Leyomyoadenom am Zungengrunde.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 156. 1907.*

Beschreibung eines bohnengrossen, mit normaler Schleimhaut bedeckten, grauweissen Gebildes am Zungengrunde eines 10jährigen Mädchens, das sich seiner histologischen Structur nach als Myoadenom charakterisirte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

52) **W. Freudenthal. Sarkom der Mandel und Zungenbasis, mit Radium behandelt. (A case of sarcoma of the tonsil and base of the tongue, treated with radium.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Die Dauer der ersten Exposition betrug 10 Minuten, die der folgenden 20 bis 25 Minuten. Man muss bei der Exposition, besonders im Larynx, vorsichtig sein, da häufig Oedem erfolgt. Nach der zweiten oder dritten Sitzung begann die Geschwulst sich zu verkleinern; nach der fünften bis sechsten Sitzung war sie verschwunden. Ein vor der Radiumbehandlung entferntes Stück war von Jonathan Wright als Rundzellensarkom erklärt worden.

EMIL MAYER.

53) **C. E. Ruth. Excision der Zunge wegen Carcinom. (Excision of the tongue for carcinoma.)** *Journal of the American Medical Association. 21. September 1907.*

Aus den anatomischen Verhältnissen ergiebt sich, dass, auch wenn nur eine Seite der Zunge erkrankt ist und entfernt werden muss, doch die Lymphdrüsen auf beiden Seiten des Halses zu entfernen sind. Die Entfernung der Lymphdrüsen soll auch Exstirpation der Submaxillaris und wahrscheinlich auch der Sublingualdrüsen in sich schliessen; auch sollen sorgfältig die Drüsen im Trigonum digastricum und direct unter der Unterkiefersymphyse aufgesucht werden. Die Art. facialis und lingualis müssen vorher unterbunden werden. Der Operation kann dadurch erheblich an Schwierigkeit genommen werden, dass man vorher Atropin verabfolgt, um die Ansammlung von Schleim in der Mundhöhle zu verringern.

Die Zuführung des Chloroform erfolgt durch einen in das eine Nasenloch eingelegten Katheter; durch einen anderen in das andere Nasenloch eingeführten Katheter erfolgt die Athmung.

Verf. spricht den Gedanken aus, dass durch die Unterbindung der das Organ hauptsächlich versorgenden Gefässe und die dadurch beschränkte Ernährung auch der Neigung zu Recidiven Einhalt gethan wird.

EMIL MAYER.

54) **Dominici** und **Borg** (Paris). **Epitheliom der Unterlippe, behandelt mittels P-Strahlen des Radium. (Epithelioma de la inférieure traité par les rayons P du radium.)** *Société française de Dermatologie et Syphiligraphie. April 1908.*

Verf. theilt eine Beobachtung mit, eine Geschwulst betreffend, die sich vom Jahre 1900 bis 1907 entwickelte und sich als ein Fibrosarkom in der Art der Endotheliome erwies. Er erinnert daran, dass Mischgeschwülste des Gaumensegels sehr selten sind. Diese Tumoren können practisch als gutartig bezeichnet werden.

GONTIER de la ROCHE.

55) **Openheim. Ein Fall von Oberlippenkrebs. (Rak wargi górnej.)** *Medycyna. No. 6. 1908.*

Verf. beschreibt einen Fall von Oberlippenkrebs bei einem 51 jähr. Manne. Im Laufe eines Jahres wuchs die Geschwulst in der Gegend der rechten Seite der Oberlippe zu der Grösse einer grossen Wallnuss, war hart, blutig und schmerzhaft. Verf. operirte sie radical und untersuchte mikroskopisch, worauf das Geschwür sich als Carcinoma keratodes erwies.

A. v. SOKOLOWSKI.

56) **Voigt. Ueber Gefässgeschwülste der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 19. 1908.*

Die zwei Fälle von Teleangiectasie betrafen Schwestern. Die blaurothen Knötchen, varicösen Venen entsprechend, fanden sich zahlreich an der Gesichtshaut, Lippen- und Mundschleimhaut sowie in einem der Fälle am knorpeligen Septum; Pharynx und Larynx waren normal. Die Teleangiectasien hatten sich bei beiden Patienten erst gegen Ende der 30er Jahre entwickelt. Während in dem einen Falle Beschwerden fehlten, bestanden bei dem andern häufig Blutungen aus Mund und Nase. Eine Behandlung wurde verweigert.

Die dritte Beobachtung betrifft eine 33jähr. Patientin, bei der ein Angioma cavernosum zufällig entdeckt wurde; keine Blutung, keine wesentlichen Schluckbeschwerden. Die Geschwulst war vom subcutanen Gewebe des äusseren Halses ausgegangen und von da allmälig in das Innere der Mund-, Rachen- und Kehlkopfhöhle eingedrungen, an der linken Gaumenmandel, an der linken Hälfte der Zungenbasis, im linken Sinus piriformis und in der linken Kehlkopfhälfte traubenförmige blaurothe Tumoren bildend. Zwei wohlgelungene farbige Abbildungen. Der Tumor der linken Gaumenmandel wurde galvanocaustisch gestichelt, im übrigen aber auf Wunsch der Patientin vorläufig von weiterer Behandlung abgesehen.

OPPIKOFER.

57) **Balás. Fall von Lipoma palato-buccale.** *Orvosi Hetilap. No. 3. 1908.*

Die Kranke zählt 48 Jahre und hat eine kindsfaustgrosse Geschwulst im Munde, deren kurzer, stämmiger Stiel mit der linken Velumhälfte und der angrenzenden Buccalschleimhaut zusammenhängt; dieselbe besteht seit Kindheit und vergrösserte sich successive. Wurde operativ entfernt und die Diagnose histologisch bestätigt.

v. NAVRATIL.

58) **Zwillinger. Fall von Haemangioma cavernosum hypopharyngis.** *Orvosi Hetilap. No. 3.*

Schon referirt in den Sitzungsberichten. v. NAVRATIL.

59) **Bernex. Papillom der Uvula. (Papillome de la luette.)** *Marseille médical. No. 24. 1907.*

Spastische Hustenanfälle verschwanden nach der Entfernung des Tumors.

BRINDEL.

60) **Levinger** (München). **Ein congenitaler behaarter Rachenpolyp.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 19. 1906.*

Mittheilung der Krankengeschichte obigen Falles und des mikroskopischen Untersuchungsbefundes nebst Beigabe eines Mikrophotogrammes. HECHT.

61) **Francis Patten Emerson. Allgemeines Lympho-Sarkom mit vorwiegender Betheiligung des Rachens. (General lympho-sarcoma accentuated in the pharynx.)** *The Laryngoscope. Februar 1908.*

Der Fall wurde über 5 Jahre lang beobachtet. Verf. rühmt die Wirkungen der Arsenbehandlung, besonders in den Frühstadien der Erkrankung. In vorliegendem Falle trat der Tod in Folge Sepsis nach einem geringfügigen Trauma ein. Die Autopsie zeigte, dass das Sarkom auch im anatomischen Sinne völlig geheilt war. EMIL MAYER.

62) **T. della Vedova. Der Rachenkrebs, seine Ursachen und Prophylaxe. (Il cancro della gola, sue cause e sua profilassi.)** *La pratica otorinolaringoiatrica. December 1907.*

Es handelt sich um eine klinische Vorlesung, gehalten beim ärztlichen Fortbildungscurs in Mailand.

Verf. bespricht zuerst die ätiologischen Factoren, die er in individuelle, gelegentliche und pathologische eintheilt. Zu den Gelegenheitsursachen rechnet er: Stimmmissbrauch, Tabak, Alkohol und Traumatismus. Unter den pathologischen Ursachen räumt er der Lues und Tuberculose einen Platz ein. Nachdem er die Lehre eines parasitären Ursprungs der Carcinome besprochen hat, kommt Verf. zu dem Schluss, dass die chronischen entzündlichen Affectionen der oberen Luftwege von grösster Bedeutung für die Entstehung der Rachenkrebse sind.

FINDER.



d. Diphtherie und Croup.

63) **L. N. Sambon** (London). **Die Epidemiologie der Diphtherie im Lichte einer möglicherweise verhandenen Beziehung zwischen diphtherischen Affectionen beim Menschen und den niederen Thieren. (The epidemiology of diphtheria in the light of a possible relationship between the diphtheric affections of man and those of the lower animals.)** *Lancet. Vol. I. p. 1143. London 1908.*

Der reiche Inhalt der Arbeit lässt sich nur unvollkommen als Referat geben. Verf. bespricht die verschiedenen Formen der Diphtherie bei den Thieren, besonders die Vögeldiphtherie; er führt es auf letztere zurück, dass manche Vögel, wie Fasanen und unter Umständen Wachteln, bei gewissen orientalischen Völkern als unrein gelten. Er vergleicht das Verhältniss der Thierdiphtherie zur Diphtherie des Menschen mit dem zwischen menschlicher und boviner Tuberculose. Was auch die Unterschiede zwischen den Tuberkelbazillen der verschiedenen Thiere sein mögen, ihre löslichen Producte sind identisch; ebenso sind die Diphtherietoxine bei Mensch und Thier dieselben. JAMES DONELAN.

64) **Stumpf** (Würzburg). **Ueber Bolusbehandlung bei Diphtherie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 22. 1908.*

„Von einer Bolusaufschwemmung im Verhältniss von 1:2 (z. B. 125 g Bolus auf $^1/_4$ Liter frisches Wasser) reicht man den Kranken alle 5 Minuten oder auch noch häufiger einen Theelöffel bis $^1/_2$ Kinderlöffel voll zum Verschlucken. Giebt man die stets gut umgerührte Aufschwemmung in dieser Häufigkeit — von der möglichst häufigen Einführung des Mittels hängt natürlich der ganze Erfolg ab — so wird man bei der Rachendiphtherie ungefähr Folgendes beobachten können: Schon nach ganz kurzer Zeit verschwindet der üble Geruch im Munde, nach 2—3 Stunden beginnen Fieber und Pulszahl langsam zu sinken, gleichzeitig geht allmählich die Drüsenschwellung und zwar oft ganz überraschend schnell zurück. Diesem Rückgang der Krankheitserscheinungen entsprechend sistirt fast mit Beginn der Behandlung die Zunahme der Beläge, schon nach ungefähr 10 Stunden bricht der diphtherische Rasen an einzelnen Stellen ein, er zerklüftet sich, zwischen den nunmehr inselförmigen Belagpartien wird die eigenartig glänzende und intensiv geröthete Rachenschleimhaut sichtbar. Schon nach 36 bis längstens 48 Stunden wird, wenn man die Behandlung nicht vorzeitig unterbricht, völlige Heilung beobachtet.“ Autor behandelte auf diese Weise 15 z. Th. recht schwere Rachendiphtherien im Alter von $1^1/_2$—11 Jahren, „die alle unter dem vorstehend mitgetheilten Verlauf zur vollen Genesung führten“. Ein sechszehnter Fall starb nach wenigen Stunden an Herzparalyse. Nasenspülungen mit Bolusaufschwemmungen gleicher Concentration empfiehlt Verf. bei Nasenrachendiphtherie, bei Scharlach und bei grösseren Kindern neben dem Verschlucken des Mittels auch Gurgelungen mit demselben. HECHT.

65) **S. v. Gerlóczy** (Budapest). **Die im hauptstädtischen St. Ladislaus-Spitale in 1906 durch Serotherapie erreichten Erfolge bei Diphtherie.** *Budapest székesföv. közkórházainak évkönyve. 1906.*

Von 558 mit Heilserum behandelten Diphtheriefällen heilten 449 (88,4 pCt.),

starben 59 (11,6 pCt). Intubation war in 66 Fällen nothwendig gewesen, 35 Fälle endeten davon mit Heilung, 31 starben. Rachen- und Kehlkopflähmungen kamen 21 mal vor, Decubitalgeschwüre nach der Intubation sind 6 mal festgestellt worden, 2 mal bildete sich perichondritischer Abscess. Secundäre Tracheotomie war 4 mal ausgeführt, diese schweren Fälle endeten letal. Mischinfection kam 59 mal vor, zumeist mit Scharlach.

v. NAVRATIL-POLYAK.

66) **F. v. Szontagh** (Budapest). **Ueber einige Fragen der Serotherapie der Diphtherie. (A diphtheria serumtherapiajának néhány kérdéséröl.)** *Budapesti Orvosi Ujsag. No. 1. 1908.*

Der sehr interessante Vortrag muss im Original nachgelesen werden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

67) **Frank W. Thomas. Plötzlicher Collaps nach Injection von Diphtherieantitoxin. (Sudden collapse following injection of diphtheria antitoxin.)** *Journal American Medical Association. 4. Juli 1908.*

Man muss sich fragen, warum der Patient nach der ungünstigen Wirkung der ersten Injection noch weitere Einspritzungen erhielt. Verf. sucht dies dahin zu beantworten, dass eine derartige toxämische Intoxication vorlag, dass ohne heroische Maassregeln an eine Wiederherstellung nicht zu denken war. Um die Herzaction zu stärken, wurde bei jeder der folgenden Antitoxindosen gleichzeitig Strychnin gegeben. Es trat dank der bei dem Collaps angewandten kräftigen Stimulation schliesslich doch Heilung ein.

EMIL MAYER.

68) **Conforti. Glottisödem bei der Serumkrankheit. (L'edema sottoglottidee nella malattia da siero.)** *Rivista critica di Clinica Medica. Juni 1908.*

Verf. berichtet über 3 Fälle von Glottisödem bei Kindern nach Diphtherieseruminjectionen. Nachdem er jedwede urämische Intoxication, den Spasmus glottidis und auch eine etwaige Zunahme des eigentlichen diphtherischen Processes ausgeschlossen hat, führt Verf. das Glottisödem auf das Serum zurück, das gleichzeitig Exanthem hervorrief. Man muss diese Folgeerscheinung der Seruminjectionen kennen, um nicht in den Fehler zu verfallen, beim Auftreten der Erstickungserscheinungen die Injection zu wiederholen.

FINDER.

69) **Franklin Royer. Ueberempfindlichkeit der Menschen gegen Pferdeserum. (Hypersusceptibility of man to horse serum.)** *The therapeutic Gazette. 15. Juni 1908.*

Es ist ziemlich unbezweifelt, dass eine nach geraumem Zeitintervall gemachte zweite Seruminjection unmittelbare Störungen einige Tage früher zur Folge hat, als wie man es bei normaler Reaction findet. Die unmittelbare Reaction tritt in 18—27 pCt. der Fälle von zweiter Infection auf. Die beschleunigte Reaction sieht man in 30—40 pCt. der Fälle. Diese Reactionen sind unangenehm; jedoch ist bisher kein tödtlich verlaufender Fall berichtet.

Nach des Verf.'s eignen und nach fremden Beobachtungen haben mehrere Tage lang fortgesetzte tägliche Seruminjectionen keine unangenehmen Folgen; beträgt das Intervall zwei Tage, so sieht man öfter Erythem und Fieber, beträgt



es drei Tage, so sind die Störungen grösser, und bei noch längeren Intervallen muss man auf ernstere Erscheinungen gefasst sein. Man thut gut, für sein Verhalten in Bezug auf die Serumtherapie aus diesen Erscheinungen die nöthigen Lehren zu ziehen.

EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

70) **Ernst Barth** (Berlin). **Röntgenographische Beiträge zur Stimmphysiologie. A. Stimmphysiologische Betrachtungen.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 396. 1907.*

Um die Umrisse der Zunge auf dem Röntgenbilde deutlich zur Erkennung zu bringen, benutzt Verf. bei seinen Versuchen ein dünnes, leichtes, metallenes Kettchen, dessen Ende mit einer kleinen Metallkugel beschwert ist. Er legt dasselbe so auf die Medianlinie der Zunge auf, dass das Ende in die Vallecula dicht an das Ligamentum glosso-epiglotticum medium reicht, während das andere Ende des Kettchens aus dem Munde heraushängt. Auch zur Kenntlichmachung der Lage des weichen Gaumens lässt sich das Kettchen benutzen, indem es den Nasenboden entlang in den Nasopharynx so weit hineingeführt wird, dass das Kügelchen gerade den freien Rand des weichen Gaumens überragt. Die an einem Kammersänger vorgenommenen interessanten Versuche gaben eine Bestätigung der geltenden Vocaltheorie. In den Photographien, die die Form der Mundhöhle bei den verschiedenen Vocalen zeigen, besitzen wir ein pädagogisches Hülfsmittel beim Sprach- und Gesangunterricht. — Im Anhang beschreibt Prof. E. Grunmach die Röntgentechnik.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

71) **Bresgen. Sprachgebrechen und Nasenluftweg.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. Heft 11—12. 1907.*

Eine kurze Abhandlung, die darauf hinweist, dass die erste Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung der Sprache die Gesundheit der Sprachorgane ist.

A. KUTTNER.

72) **P. Gerber. Die menschliche Stimme und ihre Hygiene.** *Treubner's Verlag. 1907.*

In dem vorliegenden Büchlein sind die Vorlesungen veröffentlicht, welche der Verf. als „Volksthümliche Hochkurse" in der Königsberger Universität gehalten und welche er auf Wunsch seiner Hörer hat drucken lassen. Dieser Wunsch ist wohl verständlich, denn das Gerber'sche Werkchen ist von so ausgezeichneter Klarheit und zeigt eine so geschickte Auswahl und Anordnung des Stoffes, dass es sicher trotz der starken Concurrenz auf diesem Gebiete mit allen Ehren bestehen wird. Von den physicalischen Gesetzen, die für das Sprechen, Singen und Hören in Betracht kommen, von der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Hygiene des Kehlkopfes ist überall so viel gezeigt, als der gebildete Laie mit Gewinn verarbeiten kann. Gerber weiss, dass man nach Büchern nicht singen lernen kann, aber er weiss auch und zeigt auch an allen Stellen, welchen Werth es vor allen Dingen für den Gesanglehrer und dann auch für den gebildeten

Kunstsänger hat, wenn er sich über die Gesetze, denen seine Kunst unterthan ist, Klarheit verschafft.

Die journalistische Begabung des Verfassers, welche die ganze Materie in eine überaus anregende Form gebracht hat, feiert ihren schönsten Triumph in der Einleitung: was hier über die Töne in der Natur und über die Natur der Töne, über die Ausbildung von Stimmen und Gehör im Kampf ums Dasein und über die Stimme der Thiere gesagt ist, ist so reizvoll und so reizend, dass Ref. nur wünschen möchte, dass recht viele von unsern wissenschaftlichen Schriftstellern einen Hauch dieses Geistes verspüren möchten.

A. KUTTNER.

73) Tóvölgyi. **Die Pathologie des Stimmorganes.** *Orvosok Lapja. No. 14. 1908.*

Darstellung bekannter Thatsachen für den practischen Arzt.

v. NAVRATIL.

74) Marage. **Entwickelung der Stimmenergie. (Développement de l'énergie de la voix.)** *Académie des sciences. 11. November 1907.*

Diese Energie hängt ab von dem Volumen der exspirirten Luft und dem Druck, unter welchelm sie exspirirt wird. Um das Volumen zu entwickeln, räth Verf. einige sehr einfache Uebungen, die, jeden Tag wiederholt, sehr schnell zu ausgezeichneten Resultaten führen. Die Messung des Brustumfangs gestattet, die Resultate zu controliren.

GONTIER de la ROCHE.

75) G. Hudson-Makuen. **Die Stimme als ein Index bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. (The voice as an index to diseases of the throat, nose and ear.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Januar 1908.*

Die Arbeit soll zu einem mehr kritischen Studium der Sprache, als eines diagnostischen Factors besonders bei Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten anregen. Verf. bespricht die verschiedenen Arten der Heiserkeit, die Modificationen der Sprache bei Stimmanstrengung, bei Hysterischen, bei Schwerhörigen, bei den verschiedenen Formen der Nasenverstopfung etc., die Falsettstimme etc.

LEFFERTS.

76) André Castex. **Die gegenwärtigen Phonations- und Hörmethoden am National-institut für Taubstumme in Paris. (Méthodes actuelles de phonation et d'audition à l'Institut national des Sourds-muets à Paris.)** *Académie de médecine. 26. Mai 1908.*

Die zur Zeit benutzte Methode beruht auf der Nachahmung des Lehrers durch den Schüler, der gleichzeitig Gesicht und Gefühl gebraucht. Von den Taubstummen haben 25 pCt. Hörreste erhalten; der Lehrer bemüht sich, allein durch die Stimme diese Reste zu cultiviren. Der fortschreitende Gang der Uebungen ist folgender: Provocation der Stimme, Entwicklung der Vocale und Consonanten, Ablesen von den Lippen, Schreiben.

GONTIER de la ROCHE.

77) E. W. Scripture. **Behandlung der Hyperphonie (Stottern und Stammeln) durch den allgemeinen Praktiker. (Treatment of hypertrophia [stuttering and stammering] by the general practitioner.)** *N. Y. Medical Journal. 28. Mai 1908.*

Verf. giebt eine Beschreibung seiner Behandlungsweise, die, wie er be-

hauptet, drei Viertel aller Fälle von Stottern und Stammeln heilt. Er setzt die Gründe für die Nothwendigkeit einer möglichst früh einsetzenden ärztlichen Behandlung auseinander.

LEFFERTS.

78) **E. W. Scripture. Die „Melodische Behandlung" des Stotterns. (The „melody cure" for stuttering.)** *N. Y. Medical Record. 8. Februar 1908.*

Die Behandlung besteht darin, dass der Stotterer dahin gebracht wird, eine verschiedene Intonation in seine Sprache zu legen, mit anderen Worten: das Gesprochene zu singen. Verf. hat hiermit ein schon lange bekanntes Princip in ein System für die Praxis gebracht.

LEEFFERTS.

79) **N. T. Pook van Baggen. Der falsche Stimmgebrauch und seine Behandlung. (The misuse of the voice and its cure.)** *N. Y. Medical Record. 8. Februar 1908.*

Verf. hat seine Absicht, ein „Aperçu" über die Behandlung zu geben, in einer für den Sänger sowohl, wie den Lehrer und Arzt sehr instructiven Weise erfüllt.

LEFFERTS.

80) **Renon** (Paris). **Geschichte einer Heilung von Stottern. (Histoire d'une cure de begaiement.)** *Journal des Praticiens. 20. Juni 1908.*

Verf. berichtet seine eigene Krankengeschichte. Er begab sich in die Behandlung von Chervin, die drei Wochen dauerte. Während der ersten Woche darf der Patient ausser den — übrigens recht häufigen — Uebungen nichtsprechen; die zweite Woche ist der „Syllabation" gewidmet, d. h. es ist nur erlaubt, ganz langsam zu sprechen und derart, dass die Worte in Silben zerlegt sind; in der dritten Woche endlich gelangt man zur Bildung von Sätzen.

Nach der Erfahrung des Verf. gehört eine grosse Willensstärke dazu, zum Ziele zu gelangen; auch wird dies sehr schwer von zu jugendlichen Personen erreicht. Schliesslich muss man die Uebungen sehr lange fortsetzen, ein Jahr und darüber. Verf. hat dies gethan und es geht ihm gut.

GONTIER de la ROCHE.

81) **Scripture** und **Clark. Das epileptische Stimmsymptom. (The epilectic voice sign.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Februar 1908.*

Von klinischer Seite ist auf den monotonen Klang der Stimme beim Epileptiker aufmerksam gemacht worden, ohne dass dafür bisher eine genügende Erklärung vorliegt. Die Methode der Verff. besteht darin, dass der Patient in ein seinen Mund dicht bedeckendes Mundstück hineinspricht; dieses Mundstück ist verbunden mit einer Kapsel, durch welche die Vibrationen in eine schnell rotirende rauchgeschwärzte Trommel übertragen werden. Während bei der normalen Sprache eine steigende und fallende Melodie besteht, fliesst sie beim Epileptiker in den gleichen Tönen dahin. Verff. behaupten, dass man aus der Sprache allein die Diagnose stellen könne; ihnen ist dies wenigstens in 75 pCt. der Fälle gelungen. Die Erscheinung findet nach ihren Erfahrungen bei keiner anderen Nervenerkrankung ein Analogon. Die Studien betrafen alle Formen der Epilepsie.

LEFFERTS.



82) **Tóvölgyi. Fall von willkürlicher Diplophonie.** *Orvosi Hetilap. No. 7. 1908.*

Der betreffende Sänger kann auf einmal einen Ton und dessen Terz, Quart oder Quint angeben. (Beruht wahrscheinlich auf ungleichmässiger Spannung der Stimmbänder während der Phonation.)

v. NAVRATIL.

83) **Onodi. Tafeln der Kehlkopfnerven.** *Orvosi Hetilap. No. 8. 1908.*

Dieselben dienen zu Lehrzwecken und beziehen sich auf die Innervation des Kehlkopfes.

v. NAVRATIL.

84) **Antonio Maragliano. Histologische Veränderungen der N. laryngei inferiores nach Compression. (Alterazioni istologiche dei nervi laringei inferiori consecutive a compressione.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1907.*

Verf. giebt zuerst eine Literaturübersicht und berichtet dann über seine eigenen Experimente. Diese bestanden darin, dass er bei Hunden den rechten Recurrens blosslegte und den den ersten 5—6 Trachealringen entsprechenden Theil des Nerven der Compression durch einen Laminariastift aussetzte, der neben ihm eingenäht wurde. Er kommt zu dem Resultat, dass die so bewirkte Compression des Nerven zu denselben Folgen führe, wie der Druck seitens der Geschwülste oder Drüsenpackete; diese Folge besteht in völliger Zerstörung des Nervenbündels. Nimmt man das Hinderniss zeitig fort, so kann man eine Restitutio in integrum erwarten. Vorübergehend kommen auch Erscheinungen im Bereich des N. laryngeus superior vor.

FINDER.

85) **Fein** (Wien). **Der Nervus laryngeus inferior und die syphilitischen Erkrankungen der Aorta.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Jeder Syphilitiker ist, sobald Heiserkeit auftritt, zu laryngoskopiren, aber auch ohne Heiserkeit, sobald geringfügige Herzbeschwerden auftreten, weil die incomplette Recurrens- resp. Posticuslähmung auch ohne Heiserkeit symptomlos verlaufen kann. Wir sollen bei linksseitigen Stimmlippenlähmungen, besonders bei jugendlichen Individuen, stets nach Syphilis fahnden und speciell den Volumsveränderungen der Aorta unsere Beachtung schenken (Radioskopie). Bei methodischer Verallgemeinerung dieses Verfahrens dürfte es uns gelingen, manches Aneurysma hintanzuhalten. Mittheilung eines durch Schmiercur geheilten Falles von linker Recurrenslähmung infolge syphilitischer Erkrankung der Aorta.

HANSZEL.

86) **Baumgarten. Beiderseitige Recurrenslähmung aus zwei verschiedenen Ursachen.** *Orvosi Hetilap. No. 11. 1908.*

Rechterseits ist die Ursache im Centralnervensystem, linkerseits ein Aneurysma aortae.

v. NAVRATIL.

87) **Ferdinand Massei** (Neapel). **Führt der Recurrens des Menschen sensible Fasern? Erwiderung auf die Bemerkungen der Herren A. Kuttner und E. Meyer.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 169. 1907.*

Verf., der als erster die Herabsetzung der Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut bei Recurrenslähmung festgestellt hat, ist der Ansicht, dass die im Titel

aufgeworfene Frage noch der Lösung vom physiologischen Standpunkt aus harrt. Er selbst hat den Nerven für einen motorischen gehalten und die Schlussfolgerung gezogen, dass der Recurrens ein gemischter Nerv sei.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

88) **Glas** (Wien). **Die Sensibilität des Larynxeinganges bei Recurrenslähmungen.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Auf Grund eingehender Untersuchungen fand G. die Massei'schen Befunde nicht bestätigt und weisen alle Momente darauf hin, dass der Recurrens an der Sensibilirung des Larynxeinganges nicht betheiligt ist.

HANSZEL.

89) **A. Iwanoff. Ueber die Larynxaffectionen bei der Syringobulbie.** (Aus der Bazanow'schen Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten an der Universität in Moskau.) *Zeitschrift f. Laryngol, Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Bei den an Syringobulbie Leidenden tritt die Lähmung der Kehlkofsmuskeln regellos ein, manchmal mit einer Lähmung der Glottisschliesser, oft nur des M. intern. und transvers. analog der electiven Störung einzelner Muskeln der Extremitäten bei der Gliose der Vorderhörner des Rückenmarkes. Die Bewegungsstörungen des Kehlkopfes bei Syringobulbie sind häufiger doppelseitig, aber nicht gleichmässig ausgesprochen. Die Massei'schen Befunde hinsichtlich der Sensibilitätsstörung fand der Autor nicht bestätigt.

HANSZEL.

90) **Menzel** (Wien). **Beitrag zur Kenntniss des einseitigen Kehlkopfkrampfes.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Es handelte sich um einen einseitigen tonischen Kehlkopfkrampf, welcher laryngoskopisch beobachtet werden konnte. Das rechte Stimmband ging langsam aus der geringen Adductionsstellung ganz gegen die Mittellinie und darüber hinaus, sich an das in maximaler Abductionsstellung befindliche Stimmband andrängend, so dass die geschlossene Glottis mit der Medinanlinie einen Winkel von 45^0 bildete. M. nimmt hierfür ursächlich einen constanten Druck auf den Recurrens an.

HANSZEL.

91) **Volhard. Künstliche Athmung durch Ventilation der Trachea. (Artificial respiration by ventilation of the trachea.)** *N. Y. Medical Record. 29. Februar 1908.*

Verf. hat gefunden, dass es möglich ist, curarisirte Thiere, bei denen alle Respiration aufgehört hat, dadurch eine Zeit lang am Leben zu erhalten, dass man durch ein ganz fest sitzendes Rohr Sauerstoff in die Trachea einleitet. Die Thiere leben $1^1/_2 - 2$ Stunden, ohne jede Bewegung der Thoraxwand und dann sterben sie regelmässig. Der Tod erfolgt infolge Kohlensäurevergiftung, obwohl das Blut hellroth bleibt; die Gasdiffusion in den Bronchien ist nicht activ genug, um alle Kohlensäure zu climiniren, wenn auch der Gausaustausch bis zu einem

gewissen Grade vor sich geht, wie durch die Thatsache bewiesen ist, dass die Thiere $1^1/_2$—2 Stunden am Leben bleiben.

Die Entdeckung des Verf.'s ist auch practisch verwerthet worden. Bei einem Patienten, der bei der Operation eines Hirnabscesses plötzlich zu athmen aufhörte, wurde, nachdem 3 Stunden lang künstliche Respiration gemacht war, der Volhard'sche Apparat in Anwendung gebracht und functionirte 9 Stunden lang zur Zufriedenheit. Dann starb Patient infolge ausgedehnter Erweichung in der Region des Hirnabscesses.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

92) **Faber** und **Thévenot** (Lyon). **Der Kropf beim Neugeborenen. (Le goitre chez le nouveau-né.)** *Revue de Chirurgie. 10. Juni 1908.*

Für die Aetiologie des angeborenen Kropfes machen die Autoren vor allem Toxine verantwortlich, die von der Mutter zum Neugeborenen übergehen. Der Kropf ist eine Ursache für plötzlichen Tod bei der Geburt infolge Asphyxie. Die häufigste anatomische Form ist ein die Trachea umgebender Ring. Die Diagnose macht man aus dem Sitz der Geschwulst, der etwas höher ist, als beim Erwachsenen, aus deren Verschieblichkeit und daraus, dass sie die Schluckbewegungen mitmacht. Als Behandlung wird empfohlen: Jod und Thyreoidin bei der Mutter, wenn sie stillt. Verff. verwerfen die Tracheotomie, die immer gefährlich sei in diesem Alter und empfehlen die Durchschneidung des Isthmus und die Exothyropexie.

GONTIER de la ROCHE.

93) **Georg Hesse. Der Kropf und seine Behandlung.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 23. 1908.*

Nach einleitenden Bemerkungen über Physiologie der Schilddrüse, Aetiologie und Pathologie des Kropfes beschreibt Hesse die verschiedenen Schädigungen des Kropfes mit Berücksichtigung der Therapie. Er erwähnt die durch die verschiedenartige Form und Lage des Kropfes bedingte mannigfache Luftröhrencompression, sodann die Schädigungen der Nerven (Sympathicus, Recurrens), des ferneren die Schädigungen des Herzens (directe thyreotoxische Einwirkung — Kraus'sches Herz mit Vergrösserung des linken Ventrikels einerseits und andererseits als Folge venöser Stauung und Lungenemphysems — Dilatation des rechten Ventrikels — Rose'sches Kropfherz). Sind durch die Struma noch keine besonderen Störungen hervorgerufen, so kann man den Versuch einer Jodmedication machen, jedoch nur relativ kurze Zeit, da sich der Erfolg der Jodbehandlung, wenn ein solcher eintritt, sehr rasch bemerkbar macht. Anderenfalls soll man, zumal wenn durch weiteres Wachsthum der Struma Schädigungen in einem der oben erwähnten Gebiete auftreten, bald operiren, um den Secundärsymptomen vorzubeugen, um so mehr als die starke Jodverabreichung eine spätere Operation durch die Anregung von Verwachsungen zwischen Kropf und Kapsel und die manchmal nachträglich eintretenden thyreopriven Symptome ungünstig beeinflusst.

Des weiteren bespricht Autor die verschiedenen operativen Eingriffe (Enucleation, Resection und halbseitige Excision) eingehend und giebt noch eine Reihe

operativ-technischer Winke, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss. Die Operation soll womöglich immer unter Localanästhesie vorgenommen werden. Bezüglich der operativen Therapie beim Basedow sollte in vorgeschrittenen Fällen nicht mehr operirt werden. HECHT.

94) S. Marine. **Vorkommen und physiologische Natur der glandulären Hyperplasie der Schilddrüse. (Occurrence and physiologic nature of glandular hyperplasia of the thyroid.)** *Bulletin Johns Hopkins Hospital. September 1907.*

M. kommt zu folgenden Schlüssen:

Jod ist für die Activität der normalen Schilddrüse wesentlich; die glanduläre Hyperplasie ist eine physiologische Reaction auf einen Mangel an jenem und muss als „cretinoider Natur“ betrachtet werden. Dem Colloidkropf geht gewöhnlich ein Stadium der Glandulärhypertrophie voraus. Ein integrirender Bestandtheil der Affection ist gleichzeitige Vergrösserung von Milz, Thymus- und Lymphdrüsen. Die im Handel erhältlichen Präparate von getrockneter Schilddrüse enthalten ein Gemisch von normalen und abnormalen Schilddrüsen; dies erklärt zum Theil ihre verschiedene klinische Wirkung. Weitere Untersuchungen werden eine nähere Beziehung zwischen der Glandulärhyperplasie bei Thieren und dem toxischen (exophthalmischen) Kropf beim Menschen zeigen. EMIL MAYER.

95) George Crile. **Die Chirurgie der Schilddrüse. (The surgery of the thyroid gland.)** *Ohio State Medical Journal. 15. December 1907.*

Verf. hat bei den letzten operirten 101 Fällen keinen Todesfall gehabt; die Mortalität beträgt jetzt 1 : 100 bis 1 : 200. Verf. sieht einen wichtigen Gesichtspunkt für die Entfernung des Kropfes auch darin, dass man einer möglicherweise eintretenden Umwandlung in eine maligne Geschwulst vorbeugen müsse.

EMIL MAYER.

96) M. B. Tinker. **Die chirurgische Behandlung des Kropfes. (The surgical treatment of goitre.)** *American Journal of Medical Sciences. August 1907.*

Am wichtigsten ist die frühzeitige Diagnose; die chirurgische Behandlung verspricht in einer grossen Anzahl von Fällen günstige Resultate. Todesfälle sind häufiger bei rein medicamentös behandelten Fällen. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

97) E. Jahrmärker. **Ueber die Entwickelung des Speiseröhrenepithels beim Menschen.** *Dissert. Marburg 1906.*

J. hat an einer Reihe von menschlichen Embryonen verschiedener Entwickelungsstadien das Speiseröhrenepithel untersucht und kommt zum Schlusse, dass die epitheliale Auskleidung der Speiseröhre nicht durch einwanderndes ectodermales Epithel geschieht. Das Oesophagusepithel bildet sich vielmehr an Ort und Stelle aus dem ursprünglichen entodermalen Epithel. OPPIKOFER.

98) C. E. Ruth. **Strictur des Oesophagus nebst Bericht eines Falles. (Stricture of the oesophagus with report of a case.)** *Denver Medical Journal. Januar 1908.*

Ein $3^1/_2$jähriges Mädchen verschluckte eine Aetzflüssigkeit; es bildete sich

völliger Verschluss der Speiseröhre an der Cardia. Es wurde eine Oeffnung im Magen angelegt und von dort aus die Stenose allmählich dilatirt. Es trat vollständige Heilung ein.

EMIL MAYER.

99) **F. Federici. Zwei Fälle von completem Verschluss des Oesophagus durch Fremdkörper. (Due casi di occlusione completa dell'esofago da corpi estranei.)** *Arch. Ital. di Otologia. I. 1908.*

Im ersten Fall handelte es sich um ein grosses Fleischstück in der Speiseröhre eines 66jährigen Mannes. Nachdem die Versuche, es mittels Oesophagoskop zu entfernen, misslungen waren, wurde der Fremdkörper unter Leitung des Fingers mit einer langen Klammer gefasst und herausgezogen.

Im zweiten Fall, einen 60jährigen Mann betreffend, handelt es sich gleichfalls um ein Fleischstück, das unter Leitung des Oesophagoskops extrahirt wurde.

FINDER.

100) **J. Henry Schroeder. Oesophagusstenose. (Oesophageal stenosis.)** *Journal American Medical Association. 30. Mai 1908.*

Nachdem der Sitz der Stenose mittels eines Bougies mit olivenförmigem Ende festgestellt ist, wird ein Magenrohr von geeigneter Weite, das nur an seinem Ende eine Oeffnung und ein seitliches Fenster, in seiner Mitte eine ballförmige Erweiterung hat, eingelegt. Das Rohr wird nun mit Wasser gefüllt und auf den Ball gedrückt. Handelt es sich um eine rein spastische Contractur, so giebt diese plötzlich nach und das Wasser fliesst durch das Rohr, das sofort leicht hindurchgeht. Ist die Stenose dagegen organisch und nicht vollständig, so geht das Wasser allmählich durch die verengte Partie hindurch; jedoch das Rohr folgt nicht; dasselbe ist der Fall, wenn die Stenose infolge organischer Ursache eine partielle ist, durch einen Spasmus jedoch zu einer vollständigen wird.

EMIL MAYER.

101) **Kölliker** (Leipzig). **Zur Technik der Oesophagoskopie.** *Centralblatt für Chirurgie. 23. 1908.*

Bei hochsitzenden Läsionen im Oesophagus macht Krampf des Constrictor pharyngis inferior manchmal Schwierigkeiten; man versuche zunächst durch rotirende Bewegungen unter sanftem Druck das Hinderniss zu überwinden; gelingt das nicht, so wartet man eine Weile ruhig und gelangt dann oft mühelos durch die Enge, oder man lässt den Patienten leer schlucken, wobei der Kehlkopf nach oben und etwas nach vorne gleitet und dadurch gewissermaassen die Speiseröhre über den Tubus stülpt.

SEIFERT.

102) **E. Schmiegelow. Klinische Erfahrungen über Oesophagoskopie und Tracheoskopie. (Kliniske Erfahringer paa Oesophagoskopiens og Tracheoskopiens Omraade.)** *Hospitals Tidende. 2. Januar 1908.*

Diese Arbeit ist in dem Archiv f. Laryngologie, 20. Bd., 3. Heft, veröffentlicht.

E. SCHMIEGELOW.

103) **Rodriguez** (Madrid). **Fremdkörper des Oesophagus; Extraction mittels Oesophagoskopie. (Cuerpo extrano del esofago extraido per esofagoscopia.)** *Siglo médico. 13. Juli 1907.*

Es handelte sich um einen 18 cm von der Zahnlinie entfernt bei einem

2jährigen Kinde im Oesophagus steckenden Ring. Bei Einführung des Rohres trat ein Erstickungsanfall auf, der zunächst die Einleitung der künstlichen Athmung erforderlich machte; nach Ueberwindung dieses Zwischenfalles wurde das Oesophagoskop von Neuem eingeführt und der Fremdkörper extrahirt. TAPIA.

104) **S. Oppenheimer. Ueber Perforation des Oesophaguscarcinoms in die Aorta.** *Dissert. München 1906.*

O. konnte 54 Fälle von Speiseröhrenkrebs mit Perforation in die Aorta aus der Literatur zusammenstellen und fügt dieser Statistik eine eigene Beobachtung hinzu. OPPIKOFER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Audibert. Beitrag zum Studium der partiellen und totalen Laryngectomie. (Contribution à l'étude de la laryngectomie partielle ou totale.)** Bordeaux. Imprimerie du Midi. E. Trénet.

Eine Monographie, in welcher Verfasser auf Grund von Fällen, die er aus der Literatur kennen gelernt oder auf der Klinik von Moure in Bordeaux selbst zu sehen Gelegenheit hatte, die totale und partielle Laryngectomie bezüglich ihrer Indicationen, Ausführung und Erfolge bespricht. Die Abhandlung beginnt mit historischer Einleitung, in welcher Albers als der erste erwähnt wird, der die Laryngectomie an Thieren schon im J. 1829 vornahm. Es ist indessen erst Czerny im Jahre 1840 gelungen, einen Hund nach der Laryngectomie beim Leben zu erhalten. Die erste Laryngectomie am Menschen, und zwar wegen Kehlkopfkrebs, wurde von Billroth 1873 ausgeführt; der Kranke genas, wenn er auch 7 Monate später dem Recidiv erlag. Das Beispiel Billroth's fand bald Nachahmer in verschiedenen Ländern. Die Zeit seit 1829 bis 1881 fasst Verfasser als „période de naissance de la laryngectomie" auf. Die Zeit 1881—1884 wird von ihm „période d'enfance" benannt; in derselben entwickelt sich die partielle Laryngectomie, die indessen zum ersten Mal noch im Jahre 1878 von Billroth ausgeführt wurde. Als die dritte Periode wird die von 1884—1890 bezeichnet, in welcher sowohl die totale, als auch die partielle Laryngectomie geübt wird, letztere aber überwiegt. In der vierten Periode (1890—1900) wird die partielle Laryngectomie durch die totale mehr verdrängt; letztere wird meistens „en un temps", d. i. ohne vorausgegangene Tracheotomie ausgeführt. Als wichtiger Fortschritt in der Technik wird die von Bardenheuer 1890 empfohlene Absperrung der Wunde vom Rachen durch angelegte Nähte hervorgehoben; dasselbe Verfahren wurde indessen noch früher von Moure geübt, wie dies aus dessen im April 1890 erschienenem Werke ersichtlich ist. Die fünfte Periode, das ist die nach 1900, zeichnet sich durch bessere Ausbildung der operativen Technik aus. Es wird sowohl die partielle, als auch die totale Laryngectomie je nach der Ausbreitung der Neubildung geübt; die totale wird meistens nach vorausgegangener Tracheotomie, „à deux temps", vorgenommen.

Im zweiten Capitel werden Indicationen und Contraindicationen zur Laryngectomie, und zwar vor allem bei Kehlkopfkrebs, erörtert. Letzterer wird als

„intrinsèque" und „extrinsèque" unterschieden. Es folgt die Besprechung der Symptome und des Spiegelbefundes. Eventuell wird die antisyphilitische Probebehandlung durch eine Woche, bezw. die mikroskopische Untersuchung der abgetragenen Gewebspartikel empfohlen; nach letzterwähntem Eingriff ist immer vollständiger Ablauf der Reaction abzuwarten, bevor an die Laryngectomie geschritten wird (nach Moure). Dann werden die Indicationen zur Wahl der totalen oder partiellen Laryngectomie, sowie die Contraindicationen zu denselben besprochen, die durch die Ausbreitung des Krebses oder durch den Allgemeinzustand das Kranken bedingt werden. Kurz wird die Laryngectomie bei Sarkomen erwähnt, die öfters auch bei der Laryngofissur sich gründlich entfernen lassen. Zuletzt werden Papillome, syphilitische und tuberculöse Stenosen erwähnt, die ausnahmsweise zur Laryngectomie Anlass geben dürften.

Im dritten Capitel wird die Ausführung der Laryngectomie beschrieben; zunächst wird die totale nach vorausgegangener Tracheotomie als „procédé classique" geschildert. Verfasser spricht sich dabei mehr zu Gunsten der echten Tracheotomie, die er „trachéotomie basse" nennt, als der Cricotomie u. dergl. aus. Bei der Ausführung der Laryngectomie wird die Anwendung von Tamponcanülen nach Trendelenburg und Hahn, so wie das Operiren am hängenden Kopfe besprochen. Bei der Besprechung der Operation selbst wird das Ablösen des Kehlkopfes von oben nach unten, so wie von unten nach oben erwähnt. Nach Ausführung einiger Modificationen in dem meist üblichen Verfahren wird die subperichondrale Eliminirung der Schildknorpelplatten angeführt, die von Heine 1896 und abermals von Péan seit 1886 vor der Abtragung der Neubildung geübt wurde. — Im Jahre 1890 fängt Périer an, den Kehlkopf ohne vorausgegangene Tracheotomie durch ⊥-Schnitte freizulegen, quer von der Luftröhre abzutrennen und von unten nach oben von dessen Nachbarschaft loszulösen, während die obere Umrandung der Luftröhre unten in der Wunde fixirt wird. Duret sperrt dabei die Wunde vom Rachen durch Nähte ab. Nach Sébileau und Lombard wird der Kehlkopf erst nach vorsichtiger Durchschneidung der hinteren Trachealwand unter dem Ringknorpel von dessen Nachbarschaft abgelöst und sollen zur Durchschneidung des unteren Rachenschnürers die Schildknorpelplatten an ihrem hinteren Rande stark angezogen werden. Nach kurzer Besprechung der Licht- und Schattenseiten der Operation und „à un temps" (nach Périer) wird die Abnahme der operativen Mortalität nach 1890 hervorgehoben. Es folgt die Darstellung der Methode von Gluck: Der Kehlkopf wird von oben nach unten abgelöst, von der Luftröhre quer abgetrennt und letztere in einer unter dem Sagittalschnitt angelegten queren Hautwunde über dem Sterum fixirt; die Wunde nach der Laryngectomie wird durch Nähte vom Rachen abgesperrt. In ähnlicher Weise verfahren auch Cauzard und Delobel, nur schicken sie der Laryngectomie die Tracheotomie voraus. — Schliesslich wird die Laryngectomie „à deux temps", wie sie nach 1900 geübt wird und speciell das Verfahren Chiari's vom Jahre 1903 beschrieben. Es wird die Trachea von dem Kehlkopfe getrennt und in der Hautwunde befestigt; zwei Wochen später wird die Laryngectomie ausgeführt. Nachher werden die Licht- und Schattenseiten der Operation „à un" und „à deux temps" besprochen: Durch letztere wird die Schwere des Eingriffes gemildert, der eventuellen Inocu-

lation des Krebses aber an der Wunde der Weg geöffnet. Schliesslich wird die Exstirpation der benachbarten Lymphdrüsen besprochen, worauf die Vorbereitung zur Operation, das Instrumentarium, die Beleuchtung und nöthige Assistenz, sowie postoperative Behandlung genau beschrieben werden. Nachher wird die partielle Laryngectomie, als Hemilaryngectomie, oder Cricoarytaenoidectomie geschildert.

Im vierten Capitel wird die Reconstruction des Tractus pharyngealis durch angelegte Nähte nach Moure oder durch eingelegte Hautlappen nach Péan, sowie Modificationen in den oben angegebenen Hauptmethoden von Duret, Chiari und Le Bec, sowie Ricardo Botey erwähnt. Weiter wird die Reconstruction der fehlenden vorderen Trachealwand, die Vernähung der Trachea nach deren Resection in der Querrichtung, Versuche der Herstellung des obersten Theiles des Luftrohres und die Verschliessung der Trachealfistel beschrieben. Es folgt die Beschreibung der Sprechapparate von Gussenbauer, Péan, Cl. Martin und Cadier, die im Halse befestigt werden, so wie der von Hochenegg und Gluck, bei welchem der ausserhalb des Halses erzeugte Ton durch ein biegsames Rohr in die Mundhöhle geleitet wird. (Hier muss ich bemerken, dass diese Idee von Störk stammt. Ich selbst habe im Jahre 1898 einen Kranken gesehen, dem bei vollständiger Unbewegsamkeit des Kehlkopfes Störk ein mit einer Zungenpfeife versehenes Rohr an der Canüle anbringen liess, und der Kranke konnte, wenn er das Endstück des Rohres im Munde hielt, ganz laut sprechen). Dann werden Apparate zur Erleichterung des Schlingens kurz erwähnt, und die trichterartige Kautschucksonde von Gluck besonders empfohlen.

Im fünften Capitel werden statistische Daten nach verschiedenen Autoren zusammengestellt; aus diesen erhellt die Abnahme der operativen Sterblichkeit mit der Zeit von 90 pCt. bis unter 30 pCt. Dann werden Vorkommnisse bei der Operation, sowie nach derselben und Complicationen seitens der inneren Organe besprochen. Es folgt die Besprechung der therapeutischen Erfolge, der partiellen und totalen Laryngectomie, mit denen dann diejenigen nach endolaryngealen Eingriffen und nach der Laryngofissur verglichen werden; letztere erscheinen im allgemeinen besser, weil sie bei weniger vorgeschrittenem Leiden vorgenommen werden und einen viel leichteren Eingriff darstellen. Zum Schluss werden 16 Fälle von totaler und ein Fall von partieller Laryngectomie genau beschrieben, die von Moure, Cisneros oder Molinié operirt wurden; darauf folgen die Conclusionen des Verfassers bezüglich der Laryngectomie. Die Monographie zeichnet sich durch sorgfältige Ausnützung der entsprechenden Literatur, sowie durch gründliche Bearbeitung des Stoffes aus. Pieniazek.

---

b) I. Internationaler laryngo-rhinologischer Congress in Wien 1908.

(Schluss.)

Gustav Killian (Freiburg): „Die Röntgenphotographie im Dienste der Rhinologie.“ Seine Ausführungen stützen sich auf 260 radiographische Negative, welche grösstentheils durch Aufnahme des Kopfes in sagittaler Richtung von hinten nach vorn gewonnen wurden. An 6 Tafeln und 32 Projectionsbildern giebt K. Aufschlüsse über den Einfluss der verschiedenen Richtungen der Auf-

nahmen, über die Unterschiede der Aufnahmen am macerirten und mit Weichtheilen bedeckten Schädel, über die Diagnose der vorgeschritteneren Grade der Atrophie und das Verhalten normaler Nebenhöhlen. Die Röntgenphotographie ist ein unentbehrliches Hülfsmittel der Rhinologie geworden, indem wir für Operationen eine vorzügliche Basis gewinnen, oft auf Dinge hingewiesen werden, die man sonst übersehen hätte, und nicht in letzter Linie kommt der hohe didactische Werth in Betracht.

Max Scheier (Berlin) demonstrirt zahlreiche Diapositive, erörtert die bedeutenden Vorzüge der Röntgenuntersuchung gegenüber der einfachen Durchleuchtung bei Nebenhöhlenaffectionen und lässt die Verschleierung im Röntgenbilde ohne positiven klinischen Befund für die Diagnose eines Empyems nicht als maassgebend gelten.

Auch Wassermann demonstrirte Röntgenaufnahmen von Stirnhöhlen, Siebbeinzellen- und Nebenhöhleneiterungen, die durchwegs im occipito-frontalen Durchmesser hergestellt wurden. Er legt auf die Diagnose der Stirnhöhlen- und Siebbeinzellenerkrankungen mittelst Röntgenverfahren ganz besonderen Werth.

v. Eicken zeigt eine Serie von 11 Diapositiven ebenfalls in postero-anteriorem Sinne aufgenommener Kinderschädel, welche die allmähliche Grössenzunahme der vorderen Nebenhöhlen sowie der Zähne in instructiver Weise vor Augen führen.

A. Kuttner (Berlin) kennt keine andere gleich zuverlässige Methode zur Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen, wie das Röntgenverfahren. Für jene Fälle, in welchen der Röntgenbefund mit dem klinischen Befund nicht übereinstimmt, muss allerdings dem klinischen Befund das Vorrecht gewahrt bleiben. Weiterhin machen discutorische Bemerkungen

Mader (München) und Rosenberg (Berlin) bezüglich einer Röntgenschädigung der Zunge,

Donogány (Budapest) und Scheier, welch letztere vorübergehende Geschwürsbildung resp. Haarausfall beobachtet haben.

Wassermann findet das Röntgenverfahren als besonders geeignet, wichtige Befunde zu sichern und der Therapie ihre Wege zu weisen, welcher Meinung sich Killian mit einigen ergänzenden Bemerkungen anschliesst.

J. Herzfeld (Berlin) meint dagegen, dass der Werth des Röntgenverfahrens für die Diagnostik überschätzt werde. Nadoleczny (München) möchte gleich einigen Vorrednern die Schädigungen durch Röntgenstrahlen nicht unbeachtet lassen und bezeichnet als wesentlichen Fortschritt die Schnellaufnahmen und Momentaufnahmen nach Grödel. (Demonstration.)

M. Weil (Wien) hat durch Ausgiessungen der Nebenhöhlen mit einer Aufschwemmung von schwefelsaurem Blei durch die natürlichen Oeffnungen besonders deutliche Röntgenbilder erhalten, so dass man sogar eine Abnahme der Schleimhautschwellung direct sichtbar machen konnte. Während Réthi (Wien) auf Grund seiner physiologischen Untersuchungen über den Schlingact u. A. feststellt, dass der Kehldeckel beim Schlingact durch den Zungengrund auf den Kehlkopf niedergedrückt werde, betont Burger in seinem Schlussworte neben anderen Bemerkungen, dass, wie auch aus der Arbeit von Eichmann hervorgeht, die Epiglottis beim Schlucken aufrecht auf dem Zungengrunde bleibt.



Ein sehr actuelles Thema hatte sich Brünings (Freiburg i. B.) erwählt, der über technische und klinische Fortschritte der Bronchoskopie sprach. Er stützt sich auf etwa 300 im letzten Jahre ausgeführte Endoskopien mit seinem verlängerbaren Bronchoskop. Die practischen Vortheile seiner Modificationen des Instrumentes werden an Beispielen erläutert und auf der Klinik Chiari am nächsten Morgen im Beisein vieler Congresstheilnehmer am Lebenden vorgeführt.

Vohsen (Frankfurt a. M.) sprach alsdann über einen von ihm angegebenen neuen Durchleuchtungsapparat für die Stirn- und Kieferhöhle, welcher ohne belästigende Wärmeentwicklung eine sehr feine Nuancirung des Lichtes gestattet und entsprechend kleine Dimensionen besitzt, für dessen Anwendung aber allerdings ein vollkommen dunkler Raum conditio sine qua non ist. (Demonstration an der Klinik Chiari.)

Sodann bespricht V. seine Operationsmethode zur Entfernung bösartiger Mandelgeschwülste, welche im Wesentlichen eine Unterkieferresection ist, die schräg vor dem Masseteransatz ausgeführt wird. Ein vorgelegtes anatomisches Präparat erläutert die topographischen Verhältnisse und die Operation. Das besondere Vorgehen Vohsen's liegt in der Art der Mobilisirung des aufsteigenden Astes des Unterkiefers.

Mader (München) berichtet in seinen „Weiteren Mittheilungen über Röntgentherapie und Diagnostik in den oberen Luftwegen“ über die günstigen Erfolge der mit Röntgenstrahlen behandelten geschwürigen Processe maligner Neubildungen. Verschieden sei die Einwirkung auf den Tumor selbst, wobei zellreichere Tumoren günstiger beeinflusst werden als zellarme. Principiell möchte M. aussprechen, dass, wo das Messer noch indicirt ist, mit der Röntgenbehandlung keine Zeit verloren werden soll. In allen Fällen aber, in denen die Aussicht auf eine radicale Entfernung des Tumors gering sei oder der Patient die Operation verweigert, möge die Röntgentherapie versucht werden, nachdem M. keine Schädigung durch sie gesehen hat. Grosse Erfolge weist die Radioskopie in der Diagnostik auf, jedoch möchte er in Bezug auf die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen sich nicht so enthusiastisch äussern wie einige seiner Vorredner.

Gh. Ferreri (Rom) sprach „Ueber die Verwendung des Radium bei den Erkrankungen der obersten Luftwege“ und möchte für diese Therapie bei chronischen Ulcerationen des Pharynx (Syphilis, Lupus etc.) sowie auch bei Rhinosklerom an Stelle der chirurgischen Behandlung eintreten, vor Allem, um starke narbige Retractionen zu vermeiden, und demonstrirt eine Sammlung, die seine Behauptungen unterstützt. Auffallend ist seine nebenbei gemachte Angabe, dass er in einigen Fällen nach Adenotomien bei Kindern Substanzdefecte und Verwachsungen gesehen habe, welche ihm auf eine latente hereditäre Syphilis hinzudeuten schienen.

E. Baumgarten's (Budapest) Beobachtungen über die „Kehlkopf- und Oesophagusstenosen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Geschlechtsorgane“ beziehen sich zunächst auf 20 Fälle, in denen constatirt

werden konnte, dass eine hochgradige Oesophagusstenose ein Sistiren der Menses zur Folge hat, welche nach erfolgreich erweiterter Stenose wiederkehren. Auch bei Kehlkopfstenosen mit Ausnahme der tuberculösen konnte B. diese Beobachtung machen. Ursächlich ist möglicherweise der Sauerstoffmangel des Blutes zu beschuldigen, auch können Ernährungsstörungen oder psychische Depressionen eine Rolle spielen.

F. Massei (Neapel) referirt über 10 Fälle von Riesengeschwülsten des Kehlkopfes, die, meist gutartig, dennoch lebensgefährliche Zustände vornehmlich wegen ihrer Grösse bedingen können. Histologisch bieten sie oft interessante Bilder dar: Adenoepitheliom, Tuberculome, Angiome, Fibrome.

Richard Imhofer (Prag) weist in seinem Vortrage „Ueber die Kenntniss der Kehlkopftuberculose im griechischen und römischen Alterthum" darauf hin, dass Hippokrates das Krankheitsbild der Lungenphthise in eine Form mit und ohne Heiserkeit zerlegt und bei ersterer Geschwüre der Luftröhre annimmt. Er verordnete eine Milchcur und viel Bewegung in freier Luft. Angaben über Geschwüre in der Kehle finden wir auch bei Celsus, der sie zwar nicht mit der Phthise, wohl aber mit der Hämoptoe in Zusammenhang bringt. Eine Stelle bei Galen, wo er von einer Erosion des Larynx durch herabfliessendes Secret spricht und als Folgezustand derselben Phthise ansieht, scheint auf Larynxtuberculose zu beziehen zu sein. Wichtig ist die Therapie Galen's bei Larynxgeschwüren: Er lässt die Kranken in Rückenlage liegen und Medicamente, die auf die Geschwüre heilend wirken, im Munde halten und bei Unterdrückung des Hustens langsam in die Luftröhre hinabfliessen.

In ausführlicher Weise hielt Th. Heryng (Warschau) seinen Vortrag: „Ueber Inhalationstherapie". Da nach seiner Meinung den bisher gebräuchlichen Inhalationsapparaten cardinale Fehler anhaften, construirte er mehrere Typen solcher Apparate mit Beseitigung dieser Fehler, und zwar: 1. eine Vorrichtung zur Regulirung des Sprays von 15—30° C. mittels eines tulpenförmigen Thermoregulators, 2. einen Thermoregulator für Dampfinhalationsapparate mit einer einstellbaren Skala von 35—60° C. ohne Thermometer und 3. einen Thermoaccumulator (Lyrarohr) zur Vergasung schwer flüchtiger Medicamente, durch den diese bei einer Temperatur von 55° C. in ein gasartiges Gemisch übergeführt werden können. Das Feld der hierdurch ermöglichten therapeutischen Maassnahmen hat sich insoweit vergrössert, als man Temperatursteigerungen des Sprays bis auf 75° C. erreichen und bei Benutzung von flüssiger Kohlensäure als Druckkraft auf 10° C. herabsetzen kann, und weiter, dass wir dadurch eine Therapie für das Lungenparenchym erzielen können.

Zu diesem Vortrage sprachen beifällig Hennig, Aronsohn und in abfälligem Sinne über die Apparate Dresdner.

Th. Flatau (Berlin) macht Mittheilungen über seine neuen Beobachtungen über Phonasthenie und beschäftigt sich vorzugsweise mit der Schilderung der Frühsymptome dieses Leidens, wobei in erster Linie die verschiedentlich localisirten Schmerzen besprochen und in differentialdiagnostischer Beziehung einige Anhaltspunkte gegenüber den nervösen Störungen angeführt werden. Therapeu-

tisch hat sich ihm die Elektrisation, mit der Vibration combinirt, bewährt, bei alten Formen mit sichtbaren Bewegungsstörungen und Secretionsanomalien die Bier'sche Stauung als nützlich erwiesen.

In der sich anschliessenden Discussion warnt Nadoleeny vor der Stauungsmethode bei Sängern ganz energisch.

Imhofer berichtet über einen Fall von circulärem Irresein bei einer Sängerin.

Katzenstein meint, dass der phonasthenische Schmerz in vielen Fällen durch eine Neuritis des N. recurrens oder N. laryngeus bedingt ist, welche dann zuerst mit allen möglichen Mitteln bekämpft werden müsse, worauf Flatau in seinem Schlusswort diese Fälle als eben nicht zu der von ihm besprochenen „echten" Phonasthenie gehörig bezeichnet.

Johann Fein (Wien) demonstrirt hierauf sein bajonettförmiges Adenotom und erläutert an Lichtbildern die Vortheile desselben und die Gebrauchsanwendung.

Leischner (Wien) bespricht an der Hand einer Tabelle aus der chirurgischen Klinik von Eiselsberg (Wien) die Stimmlippenstörungen nach Kropfoperationen und deren weitere Schicksale. In 67 von 350 strumectomirten Fällen wurden postoperative Stimmlippenstörungen constatirt. Die Erfahrungen über den späteren Verlauf haben gezeigt, dass Paralysen nach Durchtrennung oder Ligatur des Nerven nicht heilen, Paralysen oder Paresen anderer Aetiologie sich mitunter bessern können, meist aber verschlechtern. Leichte Paresen bessern sich meist oder heilen auch nach der Kropfoperation. Hierzu erwähnt Emil Glas (Wien) Fälle von Cachexia strumipriva, die mit Recurrenslähmung combinirt waren.

v. Eicken (Freiburg) referirt über die Erfahrungen mit der Killian'schen Stirnhöhlenoperation an 100 in den letzten 5 Jahren an der Killian'schen Klinik operirten Fällen. Nach Angabe genauer statistischer Daten bespricht er den Gang der Operation, die jetzt insofern modificirt wurde, als erst Weichtheilschnitt und Blutstillung, Periostablösung von der seitlichen Nasenwand und der Orbita und dann die Eröffnung des Sinus über der Spange vorgenommen wird. Ideale Heilung in 69, wesentliche Besserung in 16 Fällen, in 3 Fällen Exitus. Um Neuralgien vorzubeugen, soll der N. supraorbitalis bei der Operation entfernt werden. Primäre Naht nur bei Bestehen von günstigen Abflussbedingungen. Da die vorderen Siebbeinzellen und die Kieferhöhle meist miterkrankt sind, sollen sie gleichzeitig radical operirt werden. Der Vortrag hatte bei der Actualität des Themas eine recht lebhafte Wechselrede zur Folge. Herzfeld (Berlin) bestätigte die guten Resultate der Operation und bemerkt, es läge nichts daran, die Dura auf grössere Strecken freizulegen. A. Hecht (München) empfiehlt nach der Stirnhöhlenoperation 1—2 Wochen lang die gleichzeitig operirte Kieferhöhle von der Alveolaröffnung auszusaugen, um den Heilungsprocess daselbst zu fördern. G. Killian macht neuerlich auf seinen Modus der Trochleaablösung aufmerksam und hält die Resection des Processus frontalis für einen der wichtigsten Acte seiner Methode. Bei schwereren chronischen Fällen soll man nicht nähen, alle eiternden Höhlen gleichzeitig operiren, bei zweifelhafter Erkrankung in der Keilbeinhöhle diese lieber mit aufmachen. Hajek (Wien) hat in 38 zum Theil sehr

complicirten Fällen von Stirnhöhlenentzündung niemals einen Todesfall gehabt und bei Ablösung der Trochlea niemals eine dauernde Obliquusstörung beobachtet. Er ist mit v. Eicken einer Meinung, dass die complicirende Erkrankung einer Nebenhöhle von ungünstigem Einfluss auf den Heilungsverlauf ist. Weniger günstige Erfahrungen bezüglich der Doppelbilder hat Ritter (Berlin), der in 5 von 35 nach Killian mit Ablösung der Trochlea und Resection des Proc. front. operirten Fällen bleibende Doppelbilder beobachtet. In 2 Fällen von Supraorbitalneuralgie durch Narbenzug bewährten sich ihm Fibrolysininjectionen. Flatau findet die Deutung Killian's bei einem der von ihm berichteten Todesfälle auf Grundlage seiner Injectionsversuche in die Gefässbezirke der Regio olfactoria für richtig. v. Eicken räth in seinem Schlussworte nochmals, die breite Ablösung der Weichtheile vom Arcus supraorbitalis dann zu vermeiden, wenn sie nicht unbedingt nothwendig ist. Herzfeld gegenüber constatirt er, dass die Klinik Killian die Dura nur dann freilegt, wenn Caries der hinteren Stirnhöhlenwand besteht. Die Kieferhöhle nach der Stirnhöhlenoperation auszusaugen, hat v. Eicken auf Grund seiner Erfahrungen keine Veranlassung.

Watson Williams (Bristol) sprach über seine „Osteoplastische Methode der Radicaloperation zur Entfernung von malignen Neoplasmen der Nebenhöhlen der Nase", die einen freien Zugang zu den Siebbeinzellen, zum Sphenoidal- und Frontalsinus giebt. Bei Vermeidung aller Destructionen des Nasenbeins wird ein guter kosmetischer Effect erzielt.

25. April 1908 Vormittags.

Präsidenten: Girginoff, Oloriz, Uchermann.

Nachm. Holmgren und Schraga.

An diesem letzten Tage des Congresses besprach Gleitsmann (New-York) in seinem Referat die Therapie der Tuberculose und des Lupus der Nase, des Nasenrachenraums und des Pharynx. Ausser einigen Säuren, Jodkali, Phenolpräparaten, kurz der localen medizinischen Therapie werden die Heissluftcauterisation, die Tuberkulinkur, die Strahlentherapie und die Chirurgie abgehandelt. Zur Erzielung einer besonderen Tiefenwirkung ist mitunter beim Heissluftverfahren die vorherige Nasenspaltung nöthig. Nach einem Hinweis auf die Wichtigkeit einer Allgemeinbehandlung nennt G. die chirurgische Therapie, die Galvanocaustik, Milchsäure und besonders die Tuberkulinpräparate als ihm am wirksamsten erscheinend. In seiner Einleitung zollt der Correferent Heryng (Warschau), sowie dem verstorbenen Prof. Schmidt seine volle Anerkennung für ihre Verdienste auf dem Gebiete der Therapie der Tuberculose, wie er auch Krause's, Grünwald's u. A. rühmend gedenkt. Seine im Jahre 1886 vorgeschlagene chirurgische Behandlung der Larynxphthise fand eine grosse Anzahl Gegner, doch sind seine Erfolge nach 20jähriger Erfahrung so ermuthigende, dass er das Interesse dafür nochmals wachrufen möchte. Bei combinirter Kehlkopf- und Lungenphthise wird durch chirurgische Eingriffe der Larynx sehr selten ausheilen, und bleibt hier allein die entsprechende Allgemeinbehandlung indicirt. Zu betonen ist, dass es auch in schweren Fällen von Larynxphthise zur Spontanheilung

kommen kann. Die galvanocaustische Behandlung mit und ohne chirurgische Eingriffe giebt bei localisirten Infiltraten und relativ gutem Allgemeinzustand die besten Erfolge. Die Furcht vor tuberculöser Infection und schweren Blutungen nach chirurgischen Eingriffen ist nach seinen Erfahrungen unbegründet. Die radicale Exstirpation der Krankheitsherde von aussen eröffnet neuerdings ein aussichtsreiches Feld in der Behandlung dieser schweren Erkrankung. So lange wir kein Specificum gegen die Tuberculose der oberen Luftwege besitzen, wird die Therapie dieses Leidens eines der meist umstrittenen Gebiete bleiben. Dies bewies auch wiederum die grosse Zahl der Redner, die zu diesem Gegenstand das Wort nahmen. Von Wien sprachen Glas, der für Combination von Sonnenlichtbehandlung, endolaryngealer Operationen und galvanocaustischer Behandlung plaidirt; Weil, der auf die günstige Wirkung der Einblasungen von Antipyrin, Saccharum lactis ana bei Dysphagie hinweist und über einen Fall von Spontanheilung schwerer Kehlkopftuberculose berichtet, und Sorgo (Tuberculosen-Heilanstalt Alland in Oesterreich), der die Vortheile seiner Methode der Sonnenlichtbestrahlung vorführt. Aus dem Deutschen Reiche meldeten sich zum Wort Dreyfuss, der die Anregung zu einem vom Congress aus an die gesammten practischen Aerzte zu richtenden Rundschreiben gab, worin diese aufgefordert werden, die nur halbwegs auf Tuberculose verdächtigen Kehlkopfkrankheiten sofort einer specialistischen Station zuzuweisen, da ja die Behandlung gerade im Initialstadium relativ aussichtsvoll ist; Thost (Hamburg) lobt Koch's Alttuberkulin in den leichten Fällen sowie Pyoctanin nach chirurgischen Eingriffen. Hennig (Königsberg) wendet sich der Klimatotherapie zu und empfiehlt als besonders günstig einwirkend die Nord- und Ostseebäder. Kuttner (Berlin) vertritt einen conservativen Standpunkt und möchte die chirurgischen, speciell die extralaryngealen Eingriffe doch nur für die allerseltensten Fälle aufsparen, worin ihm im Princip Blumenfeld (Wiesbaden) beistimmt, der noch besonders der Anstaltsbehandlung das Wort spricht. Grünwald (Reichenhall) macht zunächst die Bemerkung, dass die Schweigekur (an sich nichts Neues) den Patienten in der Regel psychisch deprimirt. Auch er wie einige seiner Vorredner hofft, dass die Alkoholinjectionen in den N. laryngeus superior das halten werden, was von ihnen versprochen wird, denn dadurch könnten viele Operationen erspart werden. Von Engländern sprach Semon (London), der für rechtzeitige Einlieferung der Patienten in Sanatorien eintrat. Der Schweizer Laryngologe Mermod (Lausanne) findet, dass es noch immer zu viele Nihilisten auf dem Gebiete der Therapie der Larynxtuberculose giebt. Er selbst leitet in allen Fällen eine Behandlung ein und je energischer, desto besser. Die Präventivtracheotomie sei niemals indicirt.

Nun hält Jörgen Möller (Kopenhagen) seinen Vortrag: „Beiträge zur Kenntniss des Mechanismus der Brust- und Falsettstimme". Auf Grundlage seiner gemeinschaftlich mit Dr. Fischer vorgenommenen Untersuchungen über die Stellung des Kehlkopes während der Phonation mittels Radiogrammen kann man annehmen, dass bei der Falsettstimme vorwiegend der Cricothyreoideus thätig sei, bei der Bruststimme namentlich dei Tyreoarytänoideus internus. M. erklärt die näheren Details an Originalaufnahmen. Hierzu sprachen

Thost, Gutzmann, der u. a. bemerkt, dass die Dinge doch complicirter liegen, und auch Réthi, der auf seine einschlägigen Versuche hinweist.

Kanasugi (Tokio) theilt seine Beobachtungen über die Kehlkopfstörungen bei Beri-Beri mit, welche wesentlich Stimmbandlähmungen und Oedeme des Larynx sind. Bezüglich der ersteren nimmt er eine Entartung der Kehlkopfmuskeln und Nerven an, das Oedem scheint ihm ein Stauungsödem zu sein.

Schiffers (Liège) bespricht die Trophödeme des Larynx. Die Bezeichnung „Glottisödem" soll als unrichtig fallen gelassen werden. Die Diagnose des Trophödems kann nur per exclusionem gestellt werden, indem es ein von einem Nervenreiz abhängiges Symptom ist, dessen Existenz nicht immer festzustellen ist. Bei Versagen der gewöhnlichen Mittel (Eisapplication, Jod, Scarification) sollen Faradisation und Nervina berücksichtigt werden.

Mermod (Lausanne) hat von dem Grundsatze ausgehend, dass die abnorme Weite einer Nasenseite begünstigend für die Ozäna ist, bei Schiefstand des Septum durch submucöse Resection und Redression die verengerte Nasenseite erweitert, die erweiterte verengt und dadurch in 4 Fällen Heilung der Ozäna erzielt.

Katzenstein (Berlin) sprach über seine Untersuchungen zur Feststellung der Lautgebungsstelle in der Hirnrinde des Hundes (Versuche am Gyrus praecrucialis Owen), worauf Réthi (Wien) auf seine seinerzeitigen experimentellen Versuche über das Kau- und Schluckcentrum des Kaninchens hinwies.

Dann nahm H. Gutzmann (Berlin) zu seinem Vortrage „Ueber die Stimme und Sprache der Laryngectomirten" das Wort. Seine Beobachtungen sammelte er an den von Gluck laryngectomirten Patienten. Bei einer Gruppe handelte es sich um eine Sprache ohne Stimme, also eine blosse Production von Consonanten, bei einer zweiten Gruppe ist die Sprache eine im Hypopharynx gebildete Pseudostimme, also eigentlich eine Sprache mittels einer mitunter sogar modulationsfähigen Stimme. An schematischen Kurven erläutert G. die Möglichkeit, bei fehlendem Kehlkopf noch eine verständliche, articulirte Sprache zu produciren, und giebt eine Schilderung des systematischen Uebungsvorganges bei Laryngectomirten für die Entwicklung und bessere Einübung der Consonantenbildung sowie für die Einübung und Verbesserung der Pseudostimme.

Hermann Marschik (Wien) demonstrirt ein Epitheliom der rechten Stimmlippe bei einem 16jährigen Mädchen und mikroskopische Präparate von 2 Probeexcisionen dieses Tumors, woraus hervorgeht, dass es sich um einen rasch wachsenden malignen Tumor handelt. Wegen der relativen Seltenheit solcher maligner Neoplasmen des Larynx bei jugendlichen Personen zeigt er den Fall. Semon (London) sah nur einmal bei einem Patienten unter 30 Jahren ein Larynxepitheliom. Hugo Löwy (Karlsbad) bemerkt, dass die Indication zur Radicaloperation ausschliesslich auf Grund des histologischen Befundes denn doch nicht immer berechtigt sei, wie ein von ihm beobachteter Fall beweist (die Präparate werden demonstrirt), wo trotz der histologisch festgestellten Malignität

des Tumors der Patient ohne jeden Eingriff jetzt nach 4 Jahren noch gesund geblieben ist.

Nikolay (Neapel) demonstrirt einen Reflector mit kleiner elektrischer Glühlampe zur Laryngo-, Rhino- und Otoskopie, ferner einen kurzen Tubus zur Intubation, der nur bis zur Cart. cric. reicht.

Depangher (Triest) zeigt ein Instrument zur Conchotomie, das im Bau der Hülse eines Cigarettenstopfers gleicht, ferner ein zangenförmiges Adenotom, deren angebliche Vortheile u. a. Heindl (Wien) und Réthi (Wien) als nicht wahrscheinlich finden.

Josef Heller (Brünn) demonstrirt ein Präparat eines Amyloidtumors der Zunge als Zufallsbefund bei einem an Lungenemphysem verstorbenen 71jährigen Manne und zeigt sodann einschlägige makro- und mikroskopische Präparate.

Della Vedova (Mailand) giebt eine Darstellung der Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Entwicklungsgeschichte der Nebenhöhlen der Nase beim Menschen. Die Bildung des Gaumens erfolgt früher, als bisher gewöhnlich angenommen wurde, der Beginn der Bildung des Sinus maxillaris fällt zwischen das Ende des zweiten und den Anfang des dritten Monats.

Della Vedova und Clerk haben 150 Fälle von operirter Rhinitis hypertrophicans histologisch untersucht und begründen ihre Eintheilung der chronischen Rhinitis in eine Rhinitis hyp. und pseudohyp., welch' letztere histologisch eine weitere Theilung in 3 Untergruppen gestattet, während die Rhinitis hyp. im engeren Sinne histologisch 5 verschiedene Formen erkennen lässt. In seinen „Bemerkungen über die Histopathologie einiger Neubildungen des Larynx" giebt Clerk detaillirte histologische Befunde verschiedener epithelialer Kehlkopfgeschwülste, während Pardi sich dieses Thema mit Rücksicht auf einige Tumoren der Nase und des Rhinopharynx zum Gegenstand der Besprechung gewählt hatte. Melzi und Cagnola berichten ausführlich über „4 mit Laryngotracheotomie geheilte Fälle von Laryngotrachealstenosen" und schildern den Gang der von ihnen ohne Kenntnis der einschlägigen Killian'schen Methode durchgeführten Operation, welche sich von dieser nebst kleineren Abweichungen dadurch unterscheidet, dass das Narbengewebe in toto entfernt, ein solider Tampon eingeführt und die Herausnähung der Schleimhaut an die äussere Hautumrahmung vermieden wird. Aboulker (Algier) giebt eine eingehende Darstellung einer grossen Reihe von zum Theil von ihm allein, zum Theil gemeinsam mit Cange, Ardin-Deltheil und Sabadini beobachteten bezw. operirten Fällen, darunter eines Falles von Nebenhöhleneiterung, latenten Fibroms im Nasenrachenraum, intranasaler Operation bei nasalem Asthma, Paraffininjection bei Ozäna mit Heilung etc.

Leopold Réthi (Wien) macht in seinem Vortrage: „Ueber die Indicationsstellung der Nasenscheidewandoperationen" im Verlaufe seiner interessanten Ausführungen darauf aufmerksam, dass sich der Operateur vorher stets vergewissern soll, ob nicht eine zufällige Complication, wie eine Hypertrophie des Schwellnetzes etc. die Stenose bedingt, wofür der Wechsel in der Athmungs-

behinderung spricht. Bei Berücksichtigung dieses Umstandes wird manche Septumoperation unterbleiben können.

Markus Hajek (Wien) berichtet über seine Erfahrungen über die endonasale Radikaloperation der Keilbeinhöhle und des hinteren Siebbeinlabyrinthes". Auf Grund gründlicher anatomischer Studien sowie reicher practischer Erfahrung constatirt H., dass die vordere Wand der Keilbeinhöhle auf endonasalem Wege nur nach Entfernung des hinteren Siebbeinlabyrinthes in grösserem Umfange zugänglich ist und dass es selbst dann schwer ist, eine dauernde Oeffnung zu erhalten, wenn man nicht mit Aetzmitteln, die hier besonders stark sich entwickelnden Granulationen zum Verschwinden bringt. Complette Curettirung des Keilbeinhöhleninnern ist nicht nöthig, da erfahrungsgemäss auch sehr verändert aussehende Schleimhautpartien dieser Höhle nach breiter Eröffnung derselben wieder normal werden. Nur bei combinirten Empyemen, welche die Operation auch einer anderen Nebenhöhle erfordern, wäre nach Killian oder Jansen zu operiren. Weil (Wien) freut sich in den Ausführungen Hajek's ein Einschwenken zum conservativen Standpunkt erkennen zu können, als dessen Anhänger er sich bekennt.

Hugo Stern (Wien) bespricht die „Störungen der Sprache und Stimme bei den Nervenkrankheiten", ihre subjectiven und objectiven Symptome in ausführlicher Weise und skizzirt nach einer Demonstration von Hülfsmitteln zur Functionsprüfung der Stimme und Sprache die einzuschlagende Therapie.

M. H. S. Struycken (Breda) hält seinen besonders bemerkenswerthen Vortrag über „Die Beobachtung der Luftschwingungen und ihre photographische Aufnahme". Schallwellen können wahrnehmbar gemacht werden 1. durch directe Beobachtung, 2. durch Transformirung in Energieschwingungen eines elektrischen Stromes und 3. durch Benutzung von Membranen resp. Fäden, welche durch die Luft in Mitschwingung versetzt werden. Die Beobachtung während des Klingens des Tones findet mittels eines total reflectirenden vor dem Auge schwingenden Pendels statt, die photographische Aufnahme mittels Sonnenlicht auf frei fallenden empfindlichen Plättchen oder Films. Die Zeitmessung erfolgt mittels einer Stimmgabel von bekannter Schwingungszahl.

An der Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkranke des Hofraths Chiari in Wien demonstrirt der Vorstand gelegentlich des Besuches der Congresstheilnehmer 5 Fälle von halbseitiger Exstirpation des krebsigen Kehlkopfes, von denen 2 keine Canüle trugen, sodann mehrere Fälle geheilter Thyreotomien wegen Carcinom und geheilter Radicaloperationen der Nebenhöhlen und andere interessante Erkrankungen, als Rhinosklerom etc.

Auch Koschier (Wien) demonstrirte an der Poliklinik den Mitgliedern des Congresses Fälle von operirtem und geheiltem Larynxcarcinom, sowie 4 Fälle von Radicaloperation bei Eiterung der Stirnhöhle, des Siebbeinlabyrinthes und der Keilbeinhöhle, einen Fall von querer Resection der Trachea wegen postdiphtheritischer Strictur und ein grosses Angiofibrom der Nase. An der Universitätsklinik für Nasen- und Kehlkopf-

kranke in Wien des Hofrathes Chiari sowie in dem Specialambulatorium des Docenten Hajek fanden instructive Demonstrationen namentlich über Keilbeinhöhlen statt, denen sehr viele Mitglieder des Congresses beiwohnten. Dr. Otto Kren demonstrirte auf der dermatologischen Klinik des Prof. Riehl (Wien) einige Dermatosen und Schleimhauterkrankungen, welche durch ihre Localisation im Gebiete der Nase, des Nasenrachenraums und des Kehlkopfes für uns von grossem Interesse waren.

Zum Schlusse entwickelte Jurasz (Heidelberg) nach einem historischen Rückblick seine Ansichten über die Nothwendigkeit der internationalen Rhino-Laryngologen-Congresse sowie über die Wichtigkeit der Trennung der Otiatrie von unserer Specialwissenschaft gelegentlich der Congresse und dankt Semon und Fraenkel für ihre grossen Verdienste um den Sieg unserer Specialwissenschaft. Semon (London) macht darauf aufmerksam, dass der Wiener Congress die Richtigkeit der Ausführungen Jurasz soeben bewiesen hat, indem das Arbeitspensum ein so grosses war, dass es trotz fleissigster Thätigkeit in 4 Tagen kaum aufzuarbeiten war, was überhaupt nur dadurch möglich wurde, dass die meisten Wiener Collegen auf ihre angemeldeten Vorträge verzichtet haben.

Die Sitzungen fanden im grossen Sitzungssaale des Gebäudes der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien statt, was sich als sehr zweckmässig erwies, da dadurch die Störungen, welche sich in Folge der mangelnden Acustik im grossen Festsaale der Universität bei der Eröffnungssitzung fühlbar machten, vermieden wurden. Es konnten sich die einzelnen Redner ohne besondere Anstrengung in dem stets dicht besetzten Saale sehr gut verständlich machen, auch war die Möglichkeit einer momentanen Verdunklung behufs Abhaltung der Licht- und Röntgendemonstrationen gegeben, worüber sich viele Congresstheilnehmer besonders lobend äusserten. Hanszel (Wien).

---

c) XI. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Rom, 25. bis 27. October 1907.

Citelli (Catania) giebt ein Referat über: Die primären Tumoren der Nasenhöhle. Er theilt die Tumoren in benigne, maligne und Zwischenformen. Zu den letzteren rechnet er die Adenome und Papillome, vor allem die Osteome, die histologisch gutartig, klinisch aber — dies gilt besonders von den Stirnhöhlen-Osteomen — nicht als völlig gutartig angesehen werden können. Die malignen Tumoren sind in der Reihenfolge der Bösartigkeit: Endotheliome, Sarkome, Carcinome. C. betont, wie selten primäre Carcinome der Stirn- und Keilbeinhöhle gegenüber denen der Highmorshöhle sind. Er bespricht die Symptomatologie und Therapie der verschiedenen Geschwülste.

Bellotti (Mailand) giebt als Correferent einen Ueberblick über die verschiedenen Nasengeschwülste und führt die wichtigsten Fälle aus der Literatur an.

Rugani: Ueber die Carcinome des Nasenrachens.

R. berichtet über 2 Fälle. Der erste betraf eine 57jährige Frau. Man sah

im Pharynx von oben her eine höckerige, fleischige Masse herabhängen, die, wie man sich auch durch die Rhinoscopia anterior überzeugen konnte, vom Nasenrachen ausging.

Im zweiten Falle — einen 63jährigen Mann betreffend — sah man den höckerigen Tumor auf der hinteren Pharynxwand, der vom Nasenrachen herabkam und nach der Seite hin bis zu den hinteren Gaumenbögen reichte. Von einer Operation musste in beiden Fällen wegen des schlechten Allgemeinzustandes Abstand genommen werden. In dem ersten Falle wurden zwei Stückchen zur mikroskopischen Untersuchung entnommen; das erste Stückchen zeigte das Bild eines Plattenzellencarcinoms, in dem zweiten Stückchen sah man dazwischen deutliche Züge von Cylinderzellen. Der zweite Fall war ein reines Plattenzellencarcinom.

Citelli (Catania): Retrobulbäre Neuritis optica infolge Keilbeinempyem.

Es trat infolge eines nicht genügend behandelten Keilbeinhöhlenempyems heftiger Kopfschmerz und Verlust des Sehvermögens auf der entsprechenden Seite auf; es bestanden keine äusseren Veränderungen am Auge. C. fand in der Keilbeinhöhle zwei Knochensequester; er entfernte diese, kratzte die Höhle dann aus und behandelte sie weiter. Die Blindheit blieb bestehen, da totale Opticusatrophie vorhanden war.

Citelli: Eine neue Behandlungsmethode der chronischen Stirnhöhleneiterungen.

Verf. hat seine Methode an Hunden erprobt, bei denen experimentell eine Stirnhöhleneiterung hervorgerufen war. Diese Methode, deren Zweck eine Verödung der Höhle auf anderem Wege als auf dem der Radicaloperation sein soll, besteht darin, dass durch eine Oeffnung in der Vorderwand, nachdem die Höhle ausgekratzt, desinficirt und gut ausgetrocknet ist, geschmolzenes Jodoform-Paraffin eingeträufelt wird.

Ferreri (Rom): Cholesteatomatöse Sinusitiden.

Verf. bezeichnet gewisse Formen des Kieferhöhlenempyems, die auch durch die radicalen Methoden nicht beeinflusst werden, als cholesteatomatöse. Diese Empyeme sind immer nasalen Ursprungs und treten bei chronischen Siebbeineiterungen und bei Ozaena auf bei Individuen, bei denen einer stärkeren Entwickelung der Siebbeinzellen eine abnorme Kleinheit der anderen Höhlen, besonders der Kieferhöhlen entspricht. Ein anderes das Entstehen der cholesteatomatösen Sinusitis begünstigendes Moment ist die abnorme Weite des Ostium nasale dieser Höhlen. F. berichtet über zwei hierher gehörige Fälle.

Biaggi (Mailand): Ueber Kehlkopfkrebs.

B. ist kein Anhänger der Lehre vom parasitären Ursprung des Carcinoms. Er glaubt vielmehr an die Existenz der präformirten, mit besonderen angeborenen Eigenschaften versehenen Epithelzelle, die unter dem Reiz gelegentlicher Agentien specifischen Charakter und Function annimmt. Diese Reize sind beim Mann häufiger als bei der Frau, daher bei jenem die grössere Häufigkeit des Kehlkopf-



krebses. Redner hat in der Zeit von 1901—1905 eine Zunahme der Todesfälle infolge Kehlkopfkrebses um das Doppelte constatiren können. B. zählt dann die Symptome der Erkrankung und den laryngoskopischen Befund in den verschiedenen Stadien auf.

Gavello (Turin) giebt ein Referat über: Behandlung des Kehlkopfkrebses. Er unterscheidet palliative und radicale. Unter den medicamentösen Mitteln räumt er dem Adrenalin eine gewisse Bedeutung ein. Er bespricht dann die Serotherapie, das Trypsin, das er selbst in einem Falle Gelegenheit hatte, zu versuchen, die Thermokaustik, Galvanokaustik, Elektrolyse, Radiotherapie und schliesslich besonders ausführlich die chirurgische Behandlung. Was die endolaryngeale Methode betrifft, so hält er sie für gerechtfertigt nur, wenn der Tumor gestielt und wohl umschrieben dem freien Rande des Stimmbandes in dessen Mitte aufsitzt, keine Bewegungsbeschränkung des Stimmbandes und keine Ulceration besteht. R. hat in einem solchen Falle dauernde und complette Heilung erzielt. Die Laryngotomie soll gemacht werden, wenn der Krebs nur das Larynxinnere betrifft, sich im Frühstadium der Entwickelung befindet, auf die Stimmbänder oder doch wenigstens auf die Weichtheile beschränkt ist und nicht auf den Knorpel übergegriffen hat. Bisweilen kommt die Laryngotomie auch als probatorische Operation in Betracht und bildet dann den ersten Theil eines radicalen Eingriffs. B. verfügt über 3 Fälle, von denen 2 mit Erfolg operirt wurden. Bezüglich der Laryngectomie stimmt die von Perez für die italienischen Fälle aufgestellte Statistik mit den allgemeinen Erfahrungen überein, wonach die Resultate infolge der verbesserten Technik und der frühzeitigen Diagnose immer besser werden. B. berichtet über 2 Fälle, einen von partieller, den anderen von totaler Larynxexstirpation, beide mit glücklichem Ausgang.

N. Calamida (Turin): Ueber chirurgische Behandlung der chronischen Kehlkopfstenosen.

C. greift aus den Fällen seiner persönlichen Erfahrung drei heraus, die nach verschiedenen Methoden behandelt, in gewissem Sinne die hauptsächlichsten Modalitäten der Behandlung repräsentiren.

Im ersten Fall sass die Narbenstenose, die die Folge eines tuberculösen Processes war, im Niveau der Glottis; die obstruirende Membran wurde incidirt und dann gradatim mittels Intubation dilatirt. Der Erfolg war ausgezeichnet, sowohl was die Athmung, wie die Phonation betrifft; die Heilung dauert seit mehr als 2 Jahren.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine Lähmung der Glottiserweiterer; hier wurde die Tracheotomie gemacht und dann die retrograde Dilatation mit den Poli'schen Tuben gemacht, gleichfalls mit befriedigendem Resultat.

Die dritte Beobachtung betrifft eine Patientin, bei der vor 4 Jahren mit gradueller Intubation eine Heilung erzielt war. Jetzt kam Patientin mit einem schweren Recidiv ihrer subglottischen Stenose wieder; C. hat die Laryngofissur gemacht. Bis jetzt ist das Resultat sehr gut.

N. Melzi und A. Cagnola (Mailand): Beitrag zur Behandlung der chronischen Laryngo-Trachealstenosen mittels Laryngo-Tracheostomie.

Redner betonen, dass sie die in der Arbeit von Sargnon und Barlatier (Revue hebdomadaire de Laryngologie, August 1907) publicirte Methode, die jene Autoren bei Killian in Freiburg hatten anwenden sehen, bis auf geringe technische Abweichungen schon vorher in zwei Fällen geübt hätten. Während bei der gewöhnlichen Laryngofissur man die Operationswunde primär schliesst, hält man bei der Laryngostomie den Kehlkopf offen, um ihn in geeigneter Weise zu behandeln und schliesslich mittels einer Plastik die Athmung per vias naturales wiederherzustellen.

In den beiden von Verff. behandelten Fällen handelte es sich um schwere Erkrankungen: der eine hatte eine hochgradige posttyphöse Stenose und gleichzeitig eine Oesophago-Trachealfistel, der andere Fall betraf ein Kind, bei dem nach Croup zwei Tracheotomien gemacht worden waren, davon die eine in Höhe der rechten Schildknorpelplatte, die deformirt geblieben war. In letzterem Fall handelte es sich um eine wirkliche narbige Atresie des Kehlkopfs. Mittels der Laryngostomie gelang es, die Oesophago-Trachealfistel zu heilen, in beiden Fällen die Stenose zu beseitigen und die Mundathmung wieder herzustellen. Im ersten Fall betrug die Behandlungsdauer 4 Monate, im zweiten $2^1/_2$ Monate.

Redner sind der Ansicht, dass die Laryngostomie für die schweren Stenosen des Larynx die Behandlung par excellence darstellt.

Ferreri (Rom): Das Radium bei Neubildungen des Kehlkopfes.

F. hat das Radium in einem Falle von Epitheliom der linken Larynxhälfte, bei dem jeder chirurgische Eingriff verweigert wurde, angewandt; die Einwirkungsdauer des Radium betrug im Ganzen 3 Stunden. F. konnte constatiren, dass eine erhebliche Verkleinerung des Tumors eingetreten war, ferner, dass der Larynx eine ganz ausserordentliche Toleranz gegenüber dem Radium erlangt. F. meint, dass man bei gutartigen Tumoren, bei denen ein chirurgischer Eingriff contraindicirt ist oder verweigert wird, sowie bei malignen Tumoren, die inoperabel sind, das Radium versuchen solle.

Masini (Genua): Ueber das corticale Kehlkopfcentrum beim Menschen.

M. geht von zwei Fällen seiner Beobachtung aus, bei denen nach einer Apoplexie Lähmung eines Stimmbandes vorhanden war. Bei dem einen Fall constatirte man bei der Section eine Läsion des Fusses und der oberen Hälfte der aufsteigenden Frontalwindung. M. kommt zu der Ansicht, dass beim Menschen das motorische Rindencentrum für den Larynx einseitig und gekreuzt sei, ohne auszuschliessen, dass directe Fasern bestehen, wie man bei den experimentellen Beobachtungen am Thiere constatirt.

Rugani (Siena): Beitrag zur localen Serotherapie diphtherischer Processe.

Verf. hat nach vorheriger Entfernung der Membranen mit sterilisirtem Wasser

oder Lysoformlösung oder Protargollösung das sogenannte „bivalente" Antidiphtherieserum angewandt, und zwar entweder in Form von Pinselungen oder Inhalationen oder Irrigationen.

Er kommt zu dem Schluss, dass das bivalente Serum die Diphtheriebacillen sehr viel schneller zum Verschwinden bringe, als das antitoxische Serum und dass seine locale Wirkung sehr viel energischer sei, als die des antitoxischen Serums. Er erwartet noch viel von einer weiteren Vervollkommnung der Präparate. Durch Zusatz energischer Desinficientien wird eine günstige Wirkung auf die in den Diphtheriemembranen neben den Diphtheriebacillen sich ansiedelnden und den Process erschwerenden Keime geübt.

Citelli (Catania): Anatomische Eigenthümlichkeiten des Ventriculus Morgagni beim Menschen nebst klinischen Betrachtungen.

Die zahlreichen anatomischen neuen Details, die C. bei seinen Untersuchungen gefunden hat, werden in einer demnächst in der „Internationalen Monatsschrift für Anatomie" erscheinenden Arbeit genau beschrieben. Hier macht er nur — wegen der klinischen Wichtigkeit — auf das Vorhandensein eines vorderen und — bisweilen auch — eines hinteren „Hornes" des Ventrikels aufmerksam, die in der Substanz des Taschenbandes gelegen sind, sowie auf das in einigen Fällen constatirte Vorhandensein eines medialen Fortsatzes des Ventrikelgrundes, der, oberhalb des Taschenbandes gelegen, ganz nahe an das Epithel des Larynxlumens heranreicht. Diese Fortsätze geben Anlass zu cystischen Bildungen; auch die inneren Laryngocelen sind darauf zurückzuführen.

Nieddu (Florenz): Thyreoiditis, Meningitis cerebro-spinalis epidemica, Lymphadenitis pharyngealen Ursprungs.

1. Die einfache acute Thyreoiditis, sei sie infectiöser Natur oder idiopathisch oder rheumatischer Natur, ist häufig rheumatischen Ursprungs.

2. In Kropfgegenden ist auch die acute Anschwellung der Schilddrüse, die dann zur Hypertrophie der Drüse führt, oft pharyngealen Ursprungs; es kann dies bei einzelnen Individuen, als auch epidemisch eintreten. Für diesen Fall sprechen viel Beobachtungen dafür, dass die Keime nicht, wie gewöhnlich angenommen, mit dem Wasser aufgenommen, sondern vielmehr inhalirt werden.

3. Ausser auf metastatischem Wege durch das Blut kann auch die Ausbreitung infectiöser Keime per continuitatem vom Zungengrund und Zungentonsille aus auf die Schilddrüse erfolgen.

Bei der Meningitis cerebro-spinalis epidemica gehen die Keime gewöhnlich direct aus dem Nasenrachenraum zu den Meningen; in manchen Fällen auch auf dem Wege durch die Tube und das Mittelohr.

Die cervicalen Lymphdrüsenschwellungen sind gewöhnlich pharyngealen Ursprungs.

Citelli (Catania): Epitheliomatöse Dermoidcyste der Seitenfläche der Nase.

Es handelte sich um eine Dermoidcyste der rechten Seite der Nase; das Wachsthum war so schnell, dass sie in einigen Monaten den Umfang einer grossen

Nuss erreicht hatte. Die Cyste wurde mit der ihr adhärirenden Haut exstirpirt, der Substanzverlust durch eine Plastik gedeckt. Heilung per primam. Histologisch handelte es sich um eine Dermoidcyste, deren Wand zu drei Vierteln eine epitheliomatöse Umwandlung erlitten hatte. C. hat noch zwei weitere seitliche nasale Cysten beobachten können, die er nicht histologisch untersuchen konnte. Er weist darauf hin, dass diese gegenüber den Dermoidcysten des Nasenrückens relativ selten sind.

Putelli (Venedig): Ueber die klinische und histologische Diagnose der Tumoren des Septums.

P. berichtet über den Fall einer 21jährigen Dame, die $1^1/_2$ Jahre vorher ein starkes Trauma der Nase erlitten hatte. Allmählich bildete sich eine rechtsseitige Nasenverstopfung heraus. Man fand rechts am Septum einen breitbasig aufsitzenden Tumor, der den knorpeligen Theil einnahm und die Nase fast ganz verlegte; er war roth, hart und von der Grösse einer Erbse. Die Untersuchung des excidirten Tumors ergab in dem einen Theil das Bild eines Endothelioms, im anderen das eines Tuberculoms. P. meint, dass es sich in dem ersten Theil nur um entzündliche Reaction handle, die das Bild einer Neubildung vortäusche, dass der Tumor thatsächlich ein Tuberculom war. Es trat kein Recidiv ein. Man solle sich nicht mit der Untersuchung eines Geschwulstfragmentes begnügen, sondern mehrere Fragmente schneiden.

Finder.

(Nach dem Bericht des Arch. Italiano di Otologia.)

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Der Julinummer der „Annales des maladies de l'Oreille et du Larynx" entnehmen wir folgende Mittheilungen:

Dr. Schönemann (Bern) ist zum Professor der Oto-laryngo-rhinologie ernannt worden.

Dr. Freese (Halle) hat den Professortitel erhalten.

Dr. Mouret, welcher mit der Abhaltung der oto-rhino-laryngologischen Curse an der Universität Montpellier betraut ist, ist zum „Professeur adjoint" ernannt worden.

Dr. Levesque, Assistenz von Dr. Texier, ist zum Oto-Rhino-Laryngologen an den Hospitälern von Nantes ernannt worden.

Wir werden von Prof. J. Sedziak in Warschau um die Aufnahme folgender Zeilen ersucht:

Zu meinem grossen Bedauern habe ich in meiner im Centralblatt veröffentlichten Arbeit „Die Entwickelung der Laryngologie und Rhinologie bei den ein-



zelnen Nationen“ die Namen einiger um unsere Specialität sehr verdienter Männer zu nennen unterlassen. Diese Unterlassung sei hiermit wieder gut gemacht. Es seien also noch nachträglich genannt:

Prof. Benno Baginsky in Berlin, einer der ältesten deutschen Laryngologen. Verfasser der Arbeiten über „Ataxie der Stimmbänder“, sowie des Artikels über Kehlkopfkrankheiten in Eulenburg's Encyclopädie.

Prof. Denker, Director der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Erlangen (seit 1902 als Nachfolger von Kiesselbach), bekannt unter anderem durch seine Arbeiten über die Chirurgie der Nebenhöhlen.

Hofrath Dr. Mader (München); verfasste unter anderem eine Arbeit: „Ueber Nasen- und Mundathmung mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Infection“ (1902); ferner „Ueber Röntgentherapie der oberen Luftwege“.

Dr. Max Scheier (Berlin); arbeitete unter anderem „Ueber die Ossification des Kehlkopfs“ (1901), sowie „Ueber die Krankheiten der Mundhöhle bei Glasbläsern“ (1907).

Ferner sind folgende Berichtigungen zu machen: Dr. Meyer in der Schweiz war zur Zeit der Publication nicht Docent. In Budapest sind ausser Baumgarten noch Docenten: Morelli, Némái und Donogány; dagegen ist Polyak nicht Docent. Zu erwähnen vergessen wurde Dr. Zwillinger, Verfasser verdienstvoller Arbeiten und Secretair der laryngologischen Gesellschaft.

In Italien gründete Prof. Labus in Mailand bereits im Jahre 1872 eine Fachzeitschrift, die aber leider nur 6 Jahre erschien; er docirte im Jahre 1878 als erster in Pavia die Laryngologie.

Jan Sedziak.

S. Jacob E. Schadle †.

Am 29. Mai d. J. starb nach kurzer Krankheit im 59. Lebensjahre im Krankenhaus seiner Heimathstadt St. Paul, Minnesota, Jacob E. Schadle, einer der hervorragendsten Specialisten für Hals- und Nasenkrankheiten im Westen der Vereinigten Staaten. Er war geboren am 23. Juni 1849 und wurde vom Jefferson Medical College im Jahre 1881 graduirt. Im Jahre 1889 liess er sich als Specialarzt in St. Paul nieder.

Er war ein eifriger Forscher, verfasste viel Originalarbeiten, deren letzte eine von der Beziehung des Highmorshöhlenempyems zum Heufieber und Asthma handelte. Schadle besass eine freimüthige Gesinnung und erwarb unter Collegen und Patienten viele aufrichtige Freunde, die sein Andenken stets hoch halten werden.

Emil Mayer.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, October. 1908. No. 10.

I. Die Schicksale der Laryngologie in Heidelberg.

Vor wenigen Tagen ist bei Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg, eine kleine Brochüre: „Geschichte der Laryngologie an der Universität Heidelberg seit der Erfindung des Kehlkopfspiegels bis zum 1. October 1908", aus der Feder des bisherigen a. ö. Professors der Laryngologie in Heidelberg, Dr. A. Jurasz, erschienen, deren Studium jedem Laryngologen empfohlen sei, dem die öffentlichen Interessen seiner Specialität am Herzen liegen.

In so objectiver Form der Bericht gehalten ist, so gestaltet er sich zu einer so schweren Anklage gegen diejenigen Einflüsse, die der Schilderung des Verfassers zufolge über dreissig Jahre hindurch einem gedeihlichen Aufblühen der Laryngologie an der Heidelberger Universität Hindernisse in den Weg gelegt haben, dass es nicht verwunderlich wäre, wenn seitens der Betheiligten: in erster Linie der Heidelberger Facultät, in zweiter der Grossherzogl. Badischen Staatsregierung eine Antwort erfolgte, welche die Frage unter einem anderen Gesichtswinkel darstellte.

Sollte eine solche Antwort gegeben werden, so wird derselben in diesem Blatte die gleiche Berücksichtigung zu Theil werden, wie der Anklage selbst. Da es aber immerhin zweifelhaft ist, ob eine Antwort überhaupt erfolgen wird, da die Jurasz'sche Schilderung von grösster Wichtigkeit für das Verständniss der Schwierigkeiten ist, mit denen die Laryngologie im Allgemeinen bezüglich ihrer officiellen Anerkennung zu kämpfen gehabt hat, und da vor allen Dingen als trauriges Ende des Heidelberger dreissigjährigen Krieges die Thatsache unverrückbar feststeht, dass die Laryngologie an der dortigen Hochschule vom 1. October dieses Jahres ihre Selbstständigkeit als Lehrgegenstand verliert, indem sie laut Beschluss der medicinischen Facultät, welcher von der Grossherzoglichen Regierung genehmigt worden ist, der Otologie „angegliedert" wird — dies ist der Ausdruck, in welchem Jurasz das Factum mittheilt —, so wird es unsere Pflicht, von dem Inhalte der Brochüre des bisherigen Leiters der ambulatorischen Klinik an der dortigen Universität schon jetzt Kenntniss zu nehmen und die wichtigsten Punkte des Berichts unseren Lesern mitzutheilen.

In einer kurzen Vorrede erklärt Jurasz die Gründe, die ihn veranlasst



haben, seine Schrift zu veröffentlichen. Von diesen ist unzweifelhaft der letzte: dass er auf die zahlreichen an ihn gerichteten Fragen, warum er nach 36 seiner besten, im Dienste der Alma Mater Ruperto-Carola zugebrachten Lebensjahre Heidelberg verlasse und seinem bisherigen Wirkungskreise einen anderen in der Ferne vorziehe, eine Antwort geben wolle —, der bei weitem wichtigste und für die Aussenwelt bedeutsamste. Diese Antwort giebt der Verfasser in objectiver und vornehmer Form, und rühmend sei hier hervorgehoben, dass wohl nicht viele andere in gleicher Lage es über sich gewonnen haben dürften, die Geschichte eines über dreissigjährigen Leidenskampfes so völlig „sine ira et studio" niederzuschreiben, wie Jurasz es gethan hat. — Wenn nichtsdestoweniger die ganze Schrift, wie wir Eingangs gesagt haben, eine schwere Anklage gegen die maassgebenden Einflüsse in der Heidelberger Facultät darstellt, welche die unermüdlichen Versuche des Laryngologen, seine Abtheilung zu heben, durch passiven Widerstand vereitelt haben, so ist es die Gewalt der geschilderten Thatsachen, welche ihr diesen Stempel aufgedrückt, nicht die parteiischer Schilderungsweise.

Als Jurasz im Jahre 1875 die Leitung der Heidelberger ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkranke übernahm, war das Ziel, das er nach seinen eigen Worten ins Auge fasste und bis zuletzt mit Consequenz verfolgte: „die Laryngologie in Heidelberg auf die höchste Stufe der Leistungsfähigkeit zu erheben und ihr an der Universität diejenige Stellung zu verschaffen, die sie nur auf den grössten deutschen Hochschulen besass" (S. 4). — Anfangs schien es, dass er sich diesem Ziele nähere und dass er es schliesslich mit Geduld und Ausdauer erreichen würde. Aber bald begegnete er grossen Sehwierigkeiten und Hindernissen. „Sie rührten daher, dass das Entgegenkommen der Behörden schon frühzeitig nachliess und später gänzlich aufhörte. Es fehlte nicht an Versprechungen und Vertröstungen, aber ebensowenig an Enttäuschungen. Der Wechsel in der Zusammensetzung des medicinischen Facultätscollegiums und ohne Zweifel auch manches persönliche Interesse brachten es nämlich mit sich, dass sich die Anschauungen über die Frage der Laryngologie an unserer Universität änderten und sich das Verständniss dafür verlor, einer zum Vortheil der Wissenschaft und noch viel mehr zu dem unserer Hochschule emporblühenden Doctrin die Wege zu ebnen. Ich machte die traurige Erfahrung, dass, so oft ich um Befriedigung der Bedürfnisse, welche der Unterricht auferlegte, und um Abstellung von Uebelständen, welche ihn beeinträchtigten, bat, meine Eingaben und Gesuche von der medicinischen Facultät entweder nur theilweise berücksichtigt oder ganz zurückgewiesen und von der Regierung in ähnlicher Weise beschieden wurden" (Ss. 4—5).

Der ganze weitere Inhalt der Schrift ist ein fortlaufender Beleg für diese allgemeinen Klagen des Verfassers. Ich wünsche nichts weniger, als die Lectüre des Originals überflüssig zu machen, und beschränke mich daher auf die Angabe folgender springender Punkte:

1. Während des ganzen über dreissigjährigen Bestehens der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkranke hat dieselbe niemals eine ihrer Bedeutung und Krankenfrequenz entsprechende Behausung gehabt. Bei ihrem Abschluss bestanden die Räumlichkeiten — bei einer Gesammtzahl von 2571 Kranken und 13000 Consultationen im Jahre 1907 — aus „einem 6,36 m breiten

und 7,29 m langen Hörsaal; aus einem Consultations- und Operationszimmer von 5 m Breite und 6,36 m Länge; aus einer kleinen, durch eine Bretterwand abgeschlossenen, 2,20 m breiten und 2,80 m langen Kammer, und endlich aus einem durch Vorplatz getrennten, 4,52 m breitem und 6,36 m langem Wartezimmer" (Ss. 8 und 9). Und doch bedeutete die im Jahre 1898 erfolgte Zuweisung dieser Zimmer gegen früher „einen grossen Gewinn" (S. 9), obwohl der Verfasser gleich weiterhin sagt, dass der Saal für die stark besuchten laryngoskopischen Curse, später auch für die klinischen Stunden zu klein war, die Kammer für gewisse Behandlungs- und Untersuchungszwecke (Elektrisiren, Galvanokaustik, Elektrolyse, Massage, Durchleuchtung u. a) ganz ungenügenden Raum bot, und ein Platz für die Sammlung der für die Vorlesungen nöthigen anatomischen Präparate und sonstiger Utensilien und für die Aufstellung der Inhalationsvorrichtungen ganz fehlte (S. 9). Kein Wunder, dass ein Mitglied der I. Badischen Kammer, Freiherr von La Roche, der am 23. Januar 1906 diese Verhältnisse im Landtage zur Sprache brachte, sich folgendermaassen ausdrückte: „Ich hatte vor einiger Zeit einen Patienten in diese Klinik zu begleiten und kann nur sagen, ich war eigentlich entsetzt über die mangelhaften Zustände, welche in dieser Klinik herrschen. Die laryngologische Klinik hat zur Zeit, wie mir gesagt wurde, einen jährlichen Besuch von etwa 2500 Kranken. Zu deren Behandlung steht nur ein einziger Raum zur Verfügung von der Grösse eines mässigen Zimmers. Am Vormittag werden an sechs besonderen Tischen ebensoviele Kranke — Jurasz berichtigt dies in einer Anmerkung dahin, dass es heissen solle: an zwei Tischen je zwei Kranke — von den Assistenten und Practicanten unter Leitung des Herrn Professors in Behandlung genommen; . . . . . . Neben diesem Zimmer ist noch ein ganz kleiner Raum vorhanden, in dem gerade drei Personen Platz haben, der reservirt ist für die schwierigen Operationen, welche der Herr Professor selbst vornimmt. Sonst aber ist nur ein Warteraum da, von dem wieder durch einen Leinwandvorhang ein Theil abgetrennt ist als Inhalatorium, ausserdem ein ungenügender Raum für die Vorlesungen, der so beschränkt ist, dass der Professor genöthigt ist, im Allgemeinen die Vorlesungen doppelt zu halten, weil nicht sämmtliche Hörer hineingehen. Es ist das um so unbegreiflicher, als die Universität Heidelberg, glaube ich, seit 30 Jahren schon einen Laryngologen von Weltruf besitzt, dessen segensreiche Thätigkeit durch die geschilderten Mängel in bedauerlicher Weise beeinträchtigt wird" (S. 49).

2. Bei ihrer Gründung besass die ambulatorische Klinik „nichts anderes, als nur die Erlaubniss, die in der Poliklinik vorhandenen Spiegel und sonstigen Bedarfsgegenstände unter der Bedingung der Instandhaltung zu benutzen" (S. 9). Für Anschaffung neuer Instrumente, Behandlungs- und Unterrichtsartikel, ja selbst für die Bezahlung der Apotheke waren Mittel nicht vorhanden, und die Klinik gerieth bei ihrem raschen Wachsen in die grössten finanziellen Verlegenheiten. Der Leiter musste das für die laryngoskopischen Curse erhobene Collegiengeld zur Anschaffung der nothwendigsten Sachen und zur Begleichung der Apothekerrechnungen verwenden und deckte „acht Jahre lang alle Unterhaltungskosten des Instituts aus eigener Tasche" (S. 10). Endlich begann die Regierung nach immer wiederholten Petitionen zu helfen, aber bis zum Aufhören der Klinik als eines

34*

selbständigen Institutes betrug der Staatszuschuss bei einer Frequenz von mehr als 2000 Patienten und etwa 13000 Consultationen nicht mehr als 3000 Mark für die Klinik und 600 Mark für den Assistenten. Während ihrer ganzen Existenz hat die Klinik den Charakter einer Privatanstalt mit einer staatlichen Subvention behalten. —

3. Immer und immer wieder beantragte Jurasz die Einrichtung einer stationären laryngologischen Klinik mit dem Hinweise auf die Grösse der Krankenzahl, die Häufigkeit schwerer Fälle unter denselben und den Schaden, den der Unterricht dadurch erleide, dass er immer bloss auf die Vorführung von leichten Erkrankungen beschränkt werden müsse. „Die medicinische Facultät aber erkannte die Nothwendigkeit der Abhülfe nicht an, und die Regierung brachte ihren guten Willen nur durch Versprechungen zum Ausdruck, wobei sie erklärte, dass das Urtheil des Facultätscollegiums für sie maassgebend sei.“ Bei diesem Stande der Dinge ist es geblieben. Schwere Fälle mussten der medicinischen und chirurgischen Klinik überwiesen werden, und in ersterer sind mehrmals solche untergebracht und von der Halsklinik weiter behandelt worden. „Was die chirurgische Klinik anbelangt, so hatte die Halsklinik niemals die Erlaubniss gehabt, ihre in die chirurgische Station aufgenommenen Fälle operativ zu behandeln“ (S. 40 Anm.).

Die gegebenen Beispiele genügen, um zu zeigen, mit welchen Schwierigkeiten und Hindernissen Jurasz zu kämpfen gehabt hat. Dass trotzdem von seiner Klinik praktisch, unterrichtlich und literarisch so Tüchtiges geleistet worden ist, wie dies aus den diesen Punkten gewidmeten Abschnitten seiner Brochüre hervorgeht, gereicht ihm um so mehr zum Verdienste.

Schliesslich wurden die Missstände so schreiend, dass sich der badische Landtag mit den Verhältnissen der Laryngologie an der Universität Heidelberg, insbesondere mit der Frage der stationären laryngologischen Klinik zu beschäftigen begann. In den Jahren 1900, 1902, 1904, 1906, 1908 wurden in beiden Kammern von Abgeordneten aller Parteien immer und immer wieder Interpellationen betreffs der laryngologischen Zustände an der Heidelberger Hochschule gestellt, den Verdiensten Prof. Jurasz's Anerkennung gezollt, dem Verlangen nach der Errichtung einer stationären laryngologischen Klinik Ausdruck gegeben. — Die Antwort der Regierungsvertreter war eine stereotype: Die Regierung erkenne die Verdienste Prof. Jurasz's voll und ganz an, könne aber diese Fragen „nur auf Anregung und im Vernehmen mit der medicinischen Facultät“ (S. 43) lösen. Und im Jahre 1906 sagte endlich der Staatsminister Dr. Freiherr von Dusch, als Abgeordneter Freiherr von La Roche an seine oben citirte Schilderung der gegenwärtigen Verhältnisse den dringenden Wunsch nach der Errichtung einer stationären laryngologischen Klinik anschloss: dass „nach Ansicht der medicinischen Facultät in Heidelberg die Errichtung einer solchen Klinik nicht zu den dringenden Bedürfnissen zu rechnen sei . . . .“ (S. 50).

Lassen wir zum Schlusse Prof. Jurasz selbst das Wort, um zu erklären, warum seine Vorstellungen und Bitten an den zuständigen Stellen kein Gehör gefunden haben, und warum einer in Heidelberg emporblühenden Specialwissenschaft in ihrer erfolgreichen praktischen und wissenschaftlichen Thätigkeit die erwünschte Förderung versagt geblieben sei:

„Von den Regierungskreisen darüber aufgeklärt, dass der Grund, warum ich nur Misserfolge meiner Gesuche zu verzeichnen hatte, in der ablehnenden Haltung einiger Facultätsmitglieder lag, forschte ich nach der Veranlassung dieser Haltung. Zunächst lag der Gedanke nahe, dass vielleicht meine Person aus irgend einem Motiv nicht genehm sei, und dass man durch Abschlagen sachlicher Wünsche möglicher Weise meinen Rücktritt erstrebe. In dieser Vermuthung erklärte ich mich den Behörden gegenüber gerne bereit, meine Stellung an der Universität aufzugeben, wenn dadurch die fortgesetzte Schädigung der von mir vertretenen Specialität aufhören würde. Ich erhielt aber von allen Seiten die Versicherung, dass dies nicht der Fall sei. Später gelang es mir, aus directer Quelle zu erfahren, dass die Förderung der Laryngologie in meinem Sinne deshalb auf Hindernisse stosse, weil diese Doctrin dem Interesse der klinischen Institute widerstrebe und bei weiterem Fortschritt noch mehr widerstreben würde. Diese Auskunft war für mich überraschend, denn eine solche Ansicht war und blieb mir Angesichts des gemeinschaftlichen Ziels, das alle akademischen Institute verfolgen, völlig unverständlich. Zum Widerlegen dieser Concurrenzbefürchtung dürfte übrigens meiner Meinung nach das einzige Moment ausreichen, dass im grossen Prozentsatz alle diejenigen operativen und nicht operativen Krankheitsfälle, welche in einer stationären Halsklinik behandelt werden, für die chirurgische und interne Klinik einen unbedeutenden, für die laryngologische dagegen einen hochgradigen Werth besitzen. Es war demnach ausgeschlossen, dass die Anforderungen der Laryngologie an unserer Hochschule befriedigt werden, so lange sich einige Facultätsmitglieder, die in Sachen der klinischen Unterrichtsbedürfnisse entscheidende Stimme hatten, dagegen aussprachen, und so lange sie der einwandsfreien Zustimmung der Regierung zu ihrem Urtheil sicher waren“ (S. 35).

Soweit Professor Jurasz. Es ist unmöglich, die Sachlage schärfer zu präcisiren, als er selbst dies gethan hat. Die Laryngologie ist an ihrem Aufblühen in Heidelberg verhindert worden, weil einige ausschlaggebende Mitglieder der dortigen medicinischen Facultät der Ansicht waren, dass diese Doctrin „dem Interesse der klinischen Institute widerstrebe und bei weiteren Fortschritt noch mehr widerstreben würde“.

Hier ist in nuce der Grund, weshalb die Laryngologie fast allerwärts während ihres fünfzigjährigen Bestehens dem Argwohn und geringen Wohlwollen der Autoritäten begegnet ist, weshalb man ihr an den Universitäten, den Hospitälern so vieler Länder, beim Unterricht, bei den Prüfungen, bei den internationalen medicinischen Congressen — kurz, wo immer man nur konnte, Förderung und Anerkennung versagt, sie in die Rolle des Aschenbrödels hinabgedrückt hat.

Hier ist aber auch der Grund, weshalb ich kürzlich beim internationalen Laryngologencongresse in Wien gegen den falschen, sich neuerdings mehrfach geltend machenden Ehrgeiz einiger Fachgenossen gewarnt habe, Gebiete, die mit unserem eigenen nur in losem Zusammenhange stehen, für die Laryngologie in Anspruch nehmen zu wollen. Die Warnung wurde ziemlich ungläubig aufgenommen; seither ist ihr direct widersprochen worden. Wird sie jetzt noch un-

berechtigt scheinen, wo die Thatsachen zeigen, dass die Laryngologie an einer der ersten deutschen Universitäten ihre Selbstständigkeit verloren hat, weil die dortige Facultät der Ansicht ist, dass diese Doctrin „dem Interesse der klinischen Institute widerstrebe und bei weiterem Fortschritt noch mehr widerstreben würde"? — —

Der verdiente Gelehrte, der nach mehr als dreissigjährigem wackeren Kampfe sich einen neuen Wirkungskreis in der Ferne suchen muss, ist der wärmsten Theilnahme seiner Fachgenossen sicher. Wir theilen sein tiefes Bedauern, dass das Streben, dem er seine Kraft, Ausdauer und ein grosses Stück seines Lebens gewidmet hat, damit endet, dass er den Schmerz hat, sehen zu müssen, dass gerade in Heidelberg, einer der ersten Hochschulen, die sich der damals noch jungen Laryngologie freundlich annahmen, in Heidelberg, das die Geburtsstätte und 15 Jahre lang der Sitz einer der hervorragendsten laryngologischen Gesellschaften der Welt, des „Vereins süddeutscher Laryngologen", gewesen ist, sein Specialfach mit seinem Scheiden seine Selbstständigkeit verloren hat, und dass sein Bericht über die Thätigkeit seiner Klinik den Schwanengesang derselben darstellt.

Aber weit über die persönliche Seite der Frage, ja über die Trauer über den Verlust einer unserer anscheinend festesten Burgen geht die Bedeutung des Beschlusses der Heidelberger Facultät für die gesammte Laryngologie.

Was sich soeben in Heidelberg vollzogen hat, kann sich anderwärts wiederholen. Nachdem einmal ein Präcedenzfall gegeben ist, ist es leicht, ihm bei gebotener Gelegenheit nachzukommen. Die Finanzminister werden sich allerorten, wo diese Fragen den Regierungsäckel berühren, freuen, Ersparnisse machen zu können, die Facultäten, die Anzahl der vermeintlichen „Concurrenten" — wie sie Jurasz nennt — zu verringern. Und überall dürften, wie dies leider bisher fast stets die Regel gewesen ist, bei der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie die Laryngologen zu kurz kommen! — Warum dies so sein soll, ist nicht leicht zu sehen: in ihrer fünfzigjährigen Thätigkeit hat die Laryngologie wahrlich Tüchtiges genug geleistet, dass sie bei einer etwaigen Verschmelzung mit der Otologie — von deren Räthlichkeit ganz abgesehen — Berücksichtigung verdiente! Und es darf sicherlich gefordert werden, dass derjenige, der zum Lehrer der Laryngologie an einer deutschen Hochschule berufen wird, Beweise seines laryngologischen Könnens abgelegt, d. h. sich in diesem Fache literarisch und wissenschaftlich in hervorragender Weise bethätigt habe! — Die Laryngologie darf nicht zu einem Anhängsel der Otologie herabsinken!

Es ist jetzt mehr als je nothwendig, den Vergewaltigungsversuchen, die in dieser Richtung angestellt werden, energisch entgegenzutreten. Jurasz hatte Recht, als er uns in Wien zurief: „Videant Consules, ne quid detrimenti capiat res publica laryngologica!" Der Umstand, dass das Organisationscomité des Budapester internationalen Congresses uns aus freien Stücken seiner Bundesgenossenschaft versichert, möge als ein gutes Omen in unserem Kampfe gelten!

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **Dundas Grant. Practische Probleme in Otologie und Rhinologie. (Practical problems in Otology and Rhinology.)** *The Laryngoscope. Januar 1907.*

Verf. behandelt unter anderem die intranasale Therapie des Asthma, ferner den Zusammenhang zwischen Nasenverstopfung und katarrhalischen Affectionen des Mittelohrs.

EMIL MAYER.

2) **Gluck. Die Chirurgie im Dienste der Laryngologie.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Heft 2. 1908.*

Vortrag, gehalten auf dem I. internationalen rhino-laryngologischen Congress zu Wien, April 1908.

OPPIKOFER.

3) **Morestin** (Paris). **Chirurgische Behandlung des Gesichtsepithelioms. (Cure chirurgicale de l'épithéliome de la face.)** *Société de Dermatologie. 2. Mai 1907.*

Vorstellung mehrerer wegen Epitheliom der Nase, des Kinns etc. operirter Fälle. Verf. ist der Ansicht, dass in sehr vielen dieser Fälle die einfache „Decortication" genügt.

GONTIER de la ROCHE.

4) **G. Trautmann** (München). **Ueber eine dentale, unter dem Bilde der Angina Ludovici auftretende und mit Retropharyngealabscess combinirte Halsphlegmone.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1908.*

Ausführliche Krankengeschichte des Falles selbst, epikritische Erörterungen.

HECHT.

5) **Partsch** (Breslau). **Zur Frage der Schwellung der Halslymphdrüsen.** *Med. Klinik. No. 16. 1908.*

In Bezug auf die Differentialdiagnose zwischen tuberculöser Infiltration der Lymphdrüsen und solcher nach Zahnaffectionen ist bemerkenswerth, dass im Anschluss an Zahnerkrankungen stets nur die submentalen, beziehungsweise die submaxillaren Drüsen erkranken, und dass dabei ein Uebergreifen auf anderweitige Drüsen nicht beobachtet wurde.

HANSZEL.

6) **Westergaard** und **V. Meisen** (Kopenhagen). **Ueber Nervenläsionen bei Drüsenexstirpation am Halse. (Om Nerveläsioner ved Glandelexstirpation paa Haalsen.)** *Hospitals-Tidende. S. 21. 26. Februar 1908.*

Der Titel giebt den Inhalt.

SCHMIEGELOW.

7) **G. Schwinn. Asthma thymicum nebst Bericht über einen Fall von Thymectomie und Resection der hypertrophirten Schilddrüse bei einem 23 Tage alten Kind. (Thymic asthma with report of a case of thymectomy and resection of a enlarged thyroid in a child 23 days old.)** *Journal American Medical Association. 20. Juni 1908.*

Sobald die Diagnose gestellt, wobei die Roentgenuntersuchung ein sehr

werthvolles Hülfsmittel ist, sollte die Operation gemacht werden. Man soll in jedem Fall die Tracheotomie vorbereiten, sie jedoch wegen Gefahr einer Mediastinitis nach Möglichkeit vermeiden. Die obere Brustapertur soll durch Spaltung des Sternum temporär erweitert werden, wenn während der Operation die Dyspnoe zunimmt; so kann in einer Anzahl von Fällen die Tracheotomie vermieden werden. Es muss in allgemeiner Narkose operirt werden.

EMIL MAYER.

8) **A. Stewart** (Queensland). **Die Behandlung des Asthma. (The treatment of athma.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1908.*

Verf. plaidirt vor allem für die Freiluftbehandlung, die er für wichtiger hält, als Klimawechsel. Ferner giebt er Liqu. arsenicalis. Sind Anzeichen für nasalen Ursprung des Asthmas, so cauterisirt er das Septum auf beiden Seiten; tritt keine Besserung ein, so gehört Verf. zu denen, die heute noch die Anwendung des Haarseils (!) empfehlen.

A. J. BRADY.

9) **E. Sanford Jackson** (Bristane Queensland). **Bemerkungen über Behandlung des Asthma. (Notes on the treatment of asthma.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1908.*

J. hat sehr gute Resultate gesehen, wenn man die Asthmakranken im Freien schlafen lässt; es genügt nicht, sie in einen Raum schlafen zu lassen, dessen Thüren und Fenster offen sind, besser ist es schon, sie unter einer Veranda zu betten. Oft ist hier keine weitere Behandlung erforderlich. In vielen Fällen ist intranasale Behandlung erforderlich; besonders wirkt hier die Graderichtung eines verbogenen Septums.

A. J. BRADY.

10) **H. Trautmann** und **W. Fromme** (Hamburg). **Beiträge zur Epidemiologie und Bakteriologie der epidemischen Genickstarre.** *Münch. med. Wochenschr. No. 15. 1908.*

Das Untersuchungsmaterial der Autoren rekrutirte sich fast ausschliesslich aus Rachenabstrichen der gesunden Umgebung an Genickstarre Erkrankter, behufs Feststellung etwaiger „Keimträger". Bei 311 Einzelproben von 261 Personen gelang der Nachweis von Meningokokken bei 24 verschiedenen Menschen, entsprechend 49 positiven Rachenabstrichen, also bei 16 pCt. der eingelieferten Proben, bezw. 9,2 pCt. der in Frage kommenden Personen. Anschliessend Erörterungen über die Differenzen der Untersuchungsresultate mit denen anderer Autoren, sowie eingehende Besprechung der biologischen, morphologischen und „färberischen" Eigenschaften der Meningokokken, die sich zu kurzem Referate nicht eignen.

HECHT.

11) **W. Sohier Bryant. Influenza der Nase, des Halses und Kehlkopfs. (Influenza of the nose, throat and larynx.)** *N. Y. Medical Record. 11. Januar 1908.*

Die Eingangspforte für die Infection stellt nach Ansicht des Verf. die Pharynxschleimhaut dar. Die Complicationen seitens der oberen Luftwege können durch prophylactische Behandlung der Nase vermieden werden.

LEFFERTS.

12) E. Martinet. **Schema der Influenzatherapie. (Schematic treatment of influenza.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1908.*

M. theilt die Influenza in drei Stadien: Stadium der Invasion, der Defervescenz und der Convalescenz. In der ersten Periode handelt es sich darum, die Schmerzen, den Nasenrachenkatarrh zu bekämpfen und für Darmentleerung zu sorgen. Dann erfordert die Bronchitis Aufmerksamkeit und es soll eine vegetarische Diät verordnet werden. Verf. stellt für seinen schematischen Fall für jeden Tag das Regime auf. LEFFERTS.

13) C. S. Coakley. **Einige Hals- und Nebenhöhlencomplicationen bei Grippe. (Some throat and sinus complications in grippe.)** *N. Y. Medical Record. 29. Februar 1908.*

Verf. hat am häufigsten beobachtet: Spastischen Reizhusten, Hypertrophie des lymphatischen Gewebes an der Rachenwand; Hyperämie und Schwellung der inneren Enden der aryepiglottischen Falten. Sehr wichtig für die Praxis ist die Unterscheidung zwischen wirklichen Neuralgien und einer sogenannten von Sinuserkrankungen begleiteten Neuralgie. Verf. bespricht die Behandlung, die nichts Neues bietet. LEFFERTS.

14) M. Neumann (Budapest). **Ein Fall von Malleus.** *Budapest székesfőváros köckórházainak évkönyve. 1906.*

40 Jahre alter Messerschleifer. Ursprung der Infection nicht nachweisbar. Exitus am neunten Tage. Blutig eitriger Ausfluss aus der Nase ohne nachweisbare Geschwüre. v. NAVRATIL-POLYAK.

15) E. v. Brezovsky (Budapest). **Zwei Fälle von Malleus humidus.** (Aus der dermato-syphil. Station des St. Stefan-Spitals.) *Budapest székesfőváros közkórházainak évkönyve. 1906.*

Fall 1. 45 Jahre alter Hausierer, handelte mit Lumpen und thierischen Häuten. Bei der Obduction viel eitriges Secret in der Nase, Geschwüre am Septum, unteren Muschel und lateralen Nasenwand. Kieferhöhlen frei. In der Luftröhre einige Knötchen. In der Lunge zahlreiche Herde.

Fall 2. 51 Jahre alter Schinder inficirte sich bei der Section eines Pferdes am linken Unterarm. Die ersten Symptome meldeten sich schon nach 5 Tagen, Exitus nach 24 Tagen. Die Nase blieb stets frei, was die Obduction auch bestätigte. v. NAVRATIL-POLYAK.

16) D. R. Paterson (Cardiff). **Die Entfernung von Fremdkörpern aus den Luft- und Speisewegen. (The removal of foreign bodies from the air and food passages.)** *British Medical Journal. I. p. 3. 1908.*

Mittheilung zweier Fälle. Im ersten wurde eine im linken Bronchus eingekeilte Nussschaale durch Bronchoskopie, im zweiten ein in der Speiseröhre sitzender Pflaumenstein durch Oesophagoskopie entfernt. JAMES DONELAN.

17) **Gustav Killian. Die Behandlung der Fremdkörper in den Luftwegen und dem Oesophagus. (The treatment of foreign bodies in the respiratory tract and oesophagus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Verf. giebt eine Uebersicht über seine Leistungen auf diesem Gebiet unter Anführung zahlreicher Details, deren Wiedergabe sich zum Referat nicht eignet.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **O. Betz. Vier sagittale Schädeldurchschnitte in Bild und Wort als Erklärung zu den Gypsmodellen der Nasenhöhle und ihrer Nebenräume in natürlicher Grösse und in natürlichen Farben.** *Heilbronn, Determann.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

19) **Ernst Oppikofer** (Basel). **Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 28.*

Die umfangreiche Arbeit, die sich auf 200 Nasensectionen stützt, birgt eine solche Fülle wichtigsten Materials, dass eine erschöpfende Wiedergabe im Referat unmöglich ist. Selbst der Abdruck der Schlussfolgerungen, die 44 Nummern umfassen, würde den hier zur Verfügung stehenden Raum überschreiten. Wir beschränken uns darauf, folgende Sätze aus denselben hervorzuheben:

In der grossen Mehrzahl der Fälle liegt der Kieferhöhlenboden tiefer als der Nasenboden.

Die durchschnittliche Länge des Ostium maxillare beträgt 5,4 mm und die durchschnittliche Breite 2,7 mm. Ein Foramen accessorium der Kieferhöhle findet sich in jedem Falle und zwar häufiger einseitig als doppelseitig. In der Regel ist die Sondirung des Ostium maxillare nicht möglich.

Kieferhöhle und Siebbeinzellen fehlten in den 200 Fällen nie. Die Stirnhöhle fehlte bei 7 unter 190 Erwachsenen und die Keilbeinhöhle bei 5. — Die Scheidewand fehlte bei der Stirnhöhle in 2 Fällen und bei der Keilbeinhöhle in 14 Fällen vollständig.

Nebenhöhlenentzündungen finden sich in der Leiche häufig (94 mal unter 200 Fällen) und zwar bald Katarrh, bald Eiterung; eine scharfe Abgrenzung zwischen beiden Formen lässt sich nicht machen. Die in den Nebenhöhlen nachgewiesenen entzündlichen Erscheinungen sind meist geringgradig und stellen acute, terminale Leiden dar. Ob eine bei der Section aufgedeckte Nebenhöhleneiterung acuter oder chronischer Natur ist, lässt sich in der Regel nicht einwandfrei entscheiden; Anamnese und die rhinoskopische Untersuchung intra vitam müssen für die Beantwortung dieser Frage zu Hilfe gezogen werden. — Die Obductionsbefunde von Nebenhöhlenentzündungen dürfen nicht ohne weiteres mit klinischem Material verglichen werden. — Die Mehrzahl der acuten Nebenhöhlenentzündungen entsteht primär, unabhängig von einer Rhinitis.

Bei 16 unter 200 Individuen fand sich Mageninhalt in den Neben-

höhlen (am häufigsten in der Kieferhöhle); derselbe ist erst nach dem Tode in die Nebenhöhlen gelangt; das Sectionsmaterial berechtigt nicht, das „Erbrechen" unter die ätiologischen Momente der Nebenhöhleneiterungen einzureihen.

Es giebt vorgerückte und in jeder Beziehung einwandfreie Fälle von Ozaena mit vollständig gesunden Nebenhöhlen, ohne irgend welche Herdeiterung.

Platten- und Uebergangsepithel sind auf den Muscheln häufig auf grösseren und kleineren Strecken. — Bei Ozaena findet sich regelmässig Plattenepithel; doch ist das Vorkommen desselben nicht der Ozaena allein eigenthümlich, da sich in ausgedehntem Maasse Plattenepithel auch ohne Foetor und Borkenbildung bei gewöhnlichen chronischen Rhinitiden und sogar in makroskopisch scheinbar gesunden Nasenhöhlen vorfinden kann. Bei Ozaena ist die Menge des Plattenepithels nicht proportional dem Grade der Muschelhypoplasie oder umgekehrt.

Die Vertheilung der Drüsen ist normaler Weise auf der unteren Muschel eine unregelmässige. — Pigment im Bindegewebe der Muscheln findet sich bei normaler und pathologisch veränderter Schleimheit. — Die Wichtigkeit der sog. intraepithelialen Drüsen der Nasenschleimhaut ist überschätzt worden, da dieselben sich fast regelmässig auch in normaler Schleimhaut, allerdings oft nur in einzelnen Exemplaren, vorfinden! — In normaler und entzündeter Schleimhaut liegen nicht selten im Epithel Hohlräume von verschiedener Grösse und Form, entstanden durch Zugrundegehen mehrerer benachbarter Zellen (Degenerationsräume im Epithel).

F. KLEMPERER.

20) **W. Albrecht** (Berlin). **Die Bedeutung der Röntgenographie für die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 175. 1907.*

Verf. kommt nach Versuchen am Lebenden und an der Leiche zu folgenden Ergebnissen:

Die Skiagraphie ist eine sehr werthvolle Methode für die Diagnose der nasalen Nebenhöhlen erster Ordnung. Für das vordere Siebbein ist sie absolut beweisend. Für die Stirnhöhle ist auf das Skiagramm allein keine sichere Diagnose zu stellen; doch ist es ein wichtiger diagnostischer Factor in den Fällen, in welchen auch andere Momente für ein Empyem der Stirnhöhle sprechen. Bei der Kieferhöhle ist die Methode practisch bedeutungsvoller für Tumoren als für Empyeme. Für Erkrankungen des Keilbeines und der hinteren Siebbeinzellen ist das Röntgenogramm nur ausnahmsweise verwerthbar.

Aus seinen Leichenversuchen — Einspritzen von Eiter in vorher gesund befundene und geröntgente Nebenhöhlen — zieht Verf. den Schluss, dass sowohl Veränderungen der Schleimhaut wie der Eiter die Verdunkelung der Nebenhöhlen hervorrufen können. In der Mehrzahl der Fälle wird diese Verdunkelung vorwiegend auf Kosten des Eiters zu setzen sein, in chronischen langwierigen Fällen mit reichlicher Granulationsbildung und Infiltration der Mucosa trägt die Schleimhautveränderung die grössere Schuld an der Schattenbildung auf dem Skiagramm.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).



21) Joseph C. Beck. **Radiographie und Durchleuchtung bei der Diagnose der Nebenhöhlenkrankheiten. (Radiography and transillumination in diagnosis of sinus disease.)** *The Laryngoscope. November 1907.*

Verf. giebt einige Winke bezüglich der Technik der Röntgenaufnahmen. Er bedient sich eines Stroms von 110 Volt, 12 Ampères. Die Länge der Expositionszeit variirt nach der Dicke des Schädels und der Art der gebrauchten Röhre. Mit einer Röhre von mittlerer Härte exponirt er gewöhnlich 60—80 Secunden lang, bei sehr dicken Schädeln auch bis $2^1/_2$ Minuten lang. Zur Entwicklung der Platten gebraucht B. ungefähr 12 Minuten lang eine Orthollösung. Die Besichtigung der Platten geschieht am besten im verdunkelten Raum in einem Durchleuchtungskasten. Bei Aufnahmen im transversalen Durchmesser braucht die Expositionszeit nur von kürzerer Dauer zu sein: 40—60 Secunden.

EMIL MAYER.

22) A. Iwanow. **Ueber die Behandlung acuter und subacuter Sinusitiden. (O letshenii ostrich i podostrich wospalenii poiratoschnich polastei nosa.)** *Jeshemesjatschnik. No. 1. 1908.*

J. führt zunächst aus, dass rationelle Behandlung acuter Sinuitiden die chronische Erkrankung herabsetzt.

Ferner versuchte er die anatomische Grundlage und die Principien festzulegen, welche für eine erfolgreiche Behandlung in Betracht gezogen werden müssen. Dazu verwandte er Leichen, Krankenmaterial und schliesslich Experimente an sich selbst.

Er kommt zum Schluss, dass Flüssigkeiten durch Eingiessungen in die Nase unter gewissen Umständen in die Nebenhöhlen gelangen können; ferner constatirt er, dass auch eine aufsaugende Wirkung in den Nebenhöhlen ausgeführt werden kann. Auf diese Grundlagen gründet sich seine Behandlungsmethode. Er giesst zunächst Cocain-Adrenalin in die Nase, richtet dann einen Strahl Kohlensäure mit Mentholdämpfen gemischt durch einen Ohrenkatheter in die Richtung der Oeffnung der erkrankten Nebenhöhlen. Dadurch wird zum Theil active Hyperämie, zum Theil eine aufsaugende Wirkung erzielt. So behandelt er 26 Fälle, von denen 18 völlig geheilt wurden.

P. HELLAT.

23) Polanski. **Demonstration eines Mädchens mit einer beiderseitigen eitrigen Entzündung der seitlichen Nebenhöhlen der Nase.** *Pamietnik Tow. Lek. Bd. I. 1908.*

Verf. führte ein 19 jähriges Mädchen vor, das mit einer beiderseitigen, eitrigen Entzündung der seitlichen Nebenhöhlen der Nase behaftet war. Das einzige Zeichen dieses Leidens bestand, ausser Veränderungen in der Nase (Eiterungen, Geschwüre der Nasenschleimhaut etc.) in einer stetigen Gesichtsanschwellung der Stirn, der oberen Lider in grossem Maasse, in kleinerem der Gegend der Nasenbasis und der Wangen. Kopfschmerzen, Nasenverstopfung etc. empfand die Kranke nicht. Sonst war ihr Zustand zufriedenstellend. Der Urin enthielt kein Eiweiss. Eine zweite bemerkenswerthe Erscheinung bei diesem Falle bestand darin, dass die Kranke öfters an Gesichtserysipel litt. Dies war im Jahre

sogar öfters der Fall. Diesen Zusammenhang der Gesichtsrose mit den eitrigen Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase haben schon viele Autoren beobachtet (Killian, Grünwald u. a.). A. v. SOKOLOWSKI.

24) Onodi. **Die Beziehungen der Nasennebenhöhlen zum Gehirn. (I rapporti fra le cavità accessorie del naso ed il cervello.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1906.*

Verf. bespricht die anatomischen Beziehungen der Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhle zu den entsprechenden Theilen des Gehirns und die daraus für die Klinik resultirenden Consequenzen, so wie es in ausführlicher Weise von ihm zum Gegenstand anderweitiger Arbeiten gemacht ist. FINDER.

25) Louis A. Coffin. **Intracranielle Complicationen bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Intracranial complications of disease of the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 9. November 1907.*

Nach Ansicht des Verf. geben am häufigsten Erkrankungen der Keilbeinhöhle zu Complicationen von Seiten des Gehirns Anlass; erstlich ist sie wegen ihrer anatomischen Lage dazu prädisponirt, ferner kommt in Betracht, dass die Keilbeinhöhle durchschnittlich sieben Jahre früher entwickelt ist, als die Stirnhöhle und schliesslich wird ihre Erkrankung häufiger als ein Stirnhöhlenempyem übersehen. Ob das Weiterschreiten des Processes auf dem directen Wege durch die Blutgefässe oder auf dem indirecten Blut- und Lymphwege vor sich gehe, ist von keiner practischen Bedeutung. Verf. erörtert verschiedene Fragen, z. B. warum es in einem Fall zu Cerebralcomplicationen kommt, in einem anderen nicht etc. und schliesst mit einer Betrachtung über die Prophylaxe und Therapie.

LEFFERTS.

26) Fish. **Eine Studie über Neuritis optica im Zusammenhang mit Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (A study of optic neuritis in connexion with nasal accessory sinus disease.)** *British Medical Journal. Vol. II. 1218. 1907.*

In dem sehr wichtigen Aufsatz werden 36 Fälle von Neuritis optica mitgetheilt, von denen in 26 sich Sinuserkrankungen fanden. In einigen Fällen war secundäres Glaucom vorhanden. JAMES DONELAN.

27) Frank G. Mason. **Iritis infolge Nebenhöhlenkrankheiten. (Iritis due to diseases of the sinuses.)** *Iowa Medical Journal. 15. Decmber 1907.*

Es werden zwei Fälle mitgetheilt, in denen eine Iritis prompt nach Entfernung eines Theils der mittleren Muschel verschwand. EMIL MAYER.

28) R. Hoffmann (Dresden). **Ueber Trigeminusneuralgie durch Nebenhöhleneiterung.** *Zeitschr. f. ärztliche Fortbildung. No. 13. 1908.*

Verf. bespricht in diesem, in den ärztlichen Fortbildungskursen gehaltenen und also für ein weiteres ärztliches Publicum berechneten Vortrag nach einer Beschreibung der anatomischen Beziehungen des I. und II. Trigeminusastes zu den Nebenhöhlen, die Supra- und Intraorbitalneuralgien nach Stirn- und Kieferhöhlen-

eiterungen. Besonders verweilt er bei den Unterscheidungsmerkmalen zwischen den echten und symptomatischen Neuralgien und bespricht kurz die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen.

FINDER.

29) **L. W. Dean. Beziehung von Nebenhöhlenerkrankungen zu Asthma. (Relation of nasal accessory sinus trouble to asthma.)** *Jowa Medical Journal. 15. December 1907.*

Verf. berichtet über drei Fälle, in denen Asthma durch die Behandlung der erkrankten Nebenhöhlen günstig beeinflusst wurde.

EMIL MAYER.

30) **Norval H. Pierce. Kurze Notiz über die Indication für Radicaloperation der Nasennebenhöhlen. (A brief note on the indication for radical operation on the nasal accessory sinuses.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Verf. spricht einer möglichsten Einschränkung der äusseren Operationen zu Gunsten der intranasalen Maassnahmen das Wort; er präcisirt genau die Ausnahmefälle, in denen die radicalen Methoden indicirt sind.

EMIL MAYER.

31) **Richard H. Johnston. Käsige Sinusitis der Oberkieferhöhle. (Caseous maxillary sinusitis.)** *Medical Fortnightly. 25. April 1907.*

Die Diagnose kann nur gestellt werden, auf Grund der bei der Probepunction entleerten käsigen Massen; dies wirkt auch als Therapie.

EMIL MAYER.

32) **Melville Black. Der Alveolarweg für die Operation der Oberkieferhöhle. (The alveolar route of operating upon the maxillary sinus.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Beschreibung der Methode, die nichts wesentlich Neues bietet.

EMIL MAYER.

33) **F. R. Nager** (Basel). **Die Anwendung der Localanästhesie mit Anämisirung bei der Radicaloperation der Kieferhöhleneiterung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 98.*

Die Lokalanästhesie mittelst Cocain und Adrenalin, deren Technik Verf. genau beschreibt, hat sich ihm bei der Radicaloperation der Kieferhöhleneiterung als „eine von gutem Erfolge begleitete und unschädliche bedeutende Vereinfachung für Patient und Operateur“ bewährt und er empfiehlt ihre Anwendung wärmstens.

F. KLEMPERER.

34) **Börger** (Berlin). **Bisherige Erfahrungen mit einer Modification der Friedrich'schen Operation der chronischen Kieferhöhlenempyeme.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 524.*

B. berichtet über die von ihm auf der B. Fränkel'schen Klinik geübte Modification des Friedrich'schen Vorgehens: an Stelle des von Friedrich empfohlenen Weichtheilschnittes wendet er, wie bei der Küster'schen Operation, den langen ovalen Schleimhautschnitt an; ferner bedient er sich bei der Ablösung der Schleimhaut des unteren Nasenganges des Kretschmann'schen Verfahrens.

Unter ausführlicher Mittheilung von 5 Krankengeschichten bespricht er die Technik und die günstigen Resultate dieser Methode. F. KLEMPERER.

35) **Alfr. Denker** (Erlangen). **Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Stabsarzt Dr. Börger: „Bisherige Erfahrungen mit einer Modification der Friedrich'schen Operation der chronischen Kieferhöhlenempyeme“.**

36) **Börger. Erwiderung.**

37) **Denker. Schlusswort.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 174, 175, 176.*

Polemik um die Priorität der von Denker früher bereits beschriebenen Modification, die auf einer Combination der Luc-Boenninghaus'schen Operation mit den Vorschlägen von Friedrich und Kretschmann beruht.

F. KLEMPERER.

38) **Antonoff** (Kustendil). **Vergleichung der Operationsverfahren bei chronischen Empyemen der Oberkieferhöhle. (Etude comparative des méthodes opératoires des sinusites maxillaires chroniques.)** *Dissert. Freibourg 1906/7.*

Historisches aus dem 17. und 18. Jahrhundert über die Eröffnungen von den Alveolen aus (Cooper), der Fossa canina aus (Desault), der seitlichen Nasenantrumwand (Hunter), bis zu den Combinationen der beiden letzteren in der Neuzeit. 179 Fälle aus dem klinischen Material von Prof. Mermod. Von denselben wurden operirt 79 nach Desault und 100 Fälle nach Caldwell-Luc, d. h. zuerst breite Eröffnung nach Desault, dann Hunter nach theilweiser Resection der unteren Nasenmuschel, mit folgender gründlicher Cürettirung (Luc); schliesslich Verschluss der maxillaren Oeffnung und Tamponade von der Nase aus. Man sieht aus der Tabelle, wie erst mit dem combinirten Verfahren die Erfolge sicher geworden sind, wenn nicht übersehene höher gelegene Empyeme Reinfection erzeugten. JONQUIÈRE.

39) **G. Engelhardt** (Breslau). **Ueber von der Zahnanlage ausgehende Tumoren der Kieferhöhle.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 1.*

Verf. beschreibt einen Fall von embryoplastischem Odontom der Kieferhöhle, ferner einen Fall von Adamantinom des Unterkiefers und bespricht die Genese und Bedeutung der aus der Zahnanlage hervorgehenden Geschwülste.

F. KLEMPERER.

40) **Lacquel-Lavartine** und **Cauzard. Diffuses Fibrom der Markräume des Oberkiefers. (Fibrome diffus des espaces médullaires du maxillaire supérieur.)** *Société anatomique de Paris. 10. Januar 1908.*

Der Tumor war aus zwei verschiedenen Geweben zusammengesetzt, die sich mit einander mischten: Knochenbälkchen und Bindegewebsfasern. Der knöcherne Theil bestand aus einer Grundsubstanz, in der sich einige Osteoblasten fanden. Die intertrabeculären Markräume sind von jungem Bindegewebe erfüllt, die dem der Fibrome gleichen. Es handelte sich also um ein Osteofibrom. A. CARTAZ.

41) **Alglave** und **Roussin** (Paris). **Epitheliom der Kieferhöhle. (Epithélioma du sinus maxillaire.)** *Société anatomique. 10. April 1908.*

Das Epitheliom der Schleimhaut zeigte sich im Verlaufe einer alten Sinusitis; es war ein lappiger Pflasterepithelkrebs mit Tendenz zur Bildung von Hornkugeln.

GONTIER de la ROCHE.

42) **F. J. Rogers. Ein Fall von Sarkom der Oberkieferhöhle. (A case of sarcoma of the maxillary sinus.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

In diesem Fall sind fast alle bisher bekannten Mittel versucht worden: Methylenblau, combinirt mit Chinin und Belladonna; Röntgenstrahlen, Finsenlicht; Trypsininjectionen. Am meisten schienen dem Verf. Gebrauch der klaren unverdünnten Trypsininjection zu nützen, indem dadurch das Wachstum der Geschwulst aufgehalten und der Geruch beseitigt wurde.

LEFFERTS.

43) **Hugo Sternfeld** (München). **Spontane Ausstossung einer Zahnwurzel aus der Kieferhöhle durch die Nase 14 Jahre nach dem Auftreten eines acuten Kieferhöhlenempyems: nebst Bemerkungen über Fremdkörper in den Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 185.*

Die Ueberschrift enthält das Wesentlichste des ausführlich berichteten Falles.

F. KLEMPERER.

44) **Ernst Oppikofer** (Basel). **Ueber Steinbildung in der Kieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S 31. 1907.*

Beschreibung eines eigenen Falles und Aufzählung der bisher in der Litteratur niedergelegten Fälle, 5 an Zahl, davon der erste aus dem Jahre 1686.

Bei einer 60jährigen Frau fand sich bei der wegen fötiden Eiterung, die seit 20 Jahren bestand, vorgenommenen Eröffnung der rechten Kieferhöhle nach Caldwell-Luc ein haselnussgrosses unregelmässig rundliches Concrement von leicht höckriger Oberfläche, braunschwarzer Farbe, hart, 0,98 g schwer.

Die Kieferhöhlenschleimhaut, die ausgekratzt wurde, zeigte ausgedehnte krebsige Umwandlung. Nach dem Eingriffe sistirte die Eiterung und die Beschwerden verwanden. 3 Jahre nach der Operation fanden sich völlig normale Verhältnisse.

Die bisher beschriebenen Concremente der Kieferhöhle gleichen in ihrem Aussehen und ihrer chemischen Zusammensetzung den Rhinolithen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

45) **Raymond** und **Hautefonne** (Paris). **Fremdkörper der Oberkieferhöhle. (Corps étranger du sinus maxillaire.)** *Société anatomique. 8. November 1907.*

Es handelte sich um eine Messerklinge, die im Sinus sass und zu einer Fistel geführt hatte.

GONTIER de la ROCHE.

46) **Eschweiler** (Bonn). **Beiträge zur pathologischen Anatomie der Nebenhöhlenempyeme. 1. Zur pathologischen Histologie des chronischen Stirnhöhlenempyems.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 347.*

Bericht über die sorgfältige histologische Untersuchung bei 4 Fällen von chronischer Stirnhöhleneiterung; zum Referat nicht geeignet.

F. KLEMPERER.

47) **Onodi. Elektrische Durchleuchtung und Radiographie der Stirnhöhle. (Illuminazione elettrica per trasparenza e radiografia del seno frontale.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1908.*

Verf. hat an 1200 Schädeln seine Versuche gemacht. Nach der Radiographie zu urtheilen, fehlte in 5pCt. der Fälle die Stirnhöhle beiderseits, nach der Durchleuchtung in 30 pCt. beiderseits, in 10pCt. rechterseits und in 10pCt. linkerseits.

Im Gegensatz zu einer weitverbreiteten Ansicht fand O. mittelst der Radiographie, dass die Stirnhöhlen bei den niederen Rassen bisweilen sehr stark entwickelt sind; die negativen Resultate bei der Durchleuchtung haben ihren Grund in der Dicke und starken Entwicklung der Knochen.

Verf. zeigt weiter, dass für die Frage nach dem Vorhandensein eines Empyems wie nach Ausdehnung oder Fehlen der Höhle die Durchleuchtung zuverlässigere Resultate giebt als die Radiographie.

FINDER.

48) **Henrici** (Rostock). **Zur Technik der Stirnhöhlensondirung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 521.*

Verf. zeigt, dass sich mit einer halbkreisförmig gebogenen Sonde die Sondirung der Stirnhöhle im Allgemeinen recht gut ausführen lässt.

F. KLEMPERER.

49) **J. K. Hamilton** (Adelaide). **Empyem der rechten Stirnhöhle. (Empyema of right frontal sinus.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1908.*

Das Interesse des Falles, der nach Killian operirt wurde, besteht in der aussergewöhnlichen Form und Grösse der Stirnhöhle. Die Ausstülpung der Höhle nach lateralwärts war mit dem Hauptsinus durch einen engen Hals verbunden; dieser verlegte sich und so kam es zur Bildung einer Fistel unter der Augenbraue.

A. J. BRADY.

50) **E. Fletcher Ingals. Intranasale Drainage der Stirnhöhle. (Intranasal drainage of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. April 1907.*

Beschreibung seiner Methode, die darin besteht, über eine in die Stirnhöhle eingeführte Sonde seinen biegsamen Bohrer zu führen und damit den Ductus nasofrontalis so zu erweitern, dass ein Draincanal von ca. 6 mm-Durchmesser resultirt.

EMIL MAYER.

51) **Popoff. Vergleichende Besprechung der Operationsverfahren der chronischen Eiterungen im Sinus frontalis. (Etude comparative des méthodes opératoires des sinusites frontales chroniques.)** *Dissert. Lausanne 1907.*

Eine ziemlich vollständige Monographie dieses Gegenstandes über 55 Operationsfälle aus dem klinischen Krankenmaterial des Prof. Mermod. Historische und anatomische Erörterungen. Beschreibung aller Operationsmethoden in Deutschland, Frankreich, England etc. Mermod wählte das nach Ogston-Luc benannte Verfahren von der Stirne aus. Schnitt in der Augenbraue, breite Eröffnung des Sinus von vorn, Auskratzung, systematische Cürettirung der vorderen Siebbeinzellen, durch welche der Canalis frontonasalis durchführt und ergiebige Erweiterung des letzteren, Drainage. Verf. erklärt, dass diese Methode nicht so

gut vor Recidiven schütze, wie die radicalen combinirten Eröffnungen und Resection von Stirn, Nase und Orbita aus nach Kuhnt, Killian u. a. Jedoch mussten von den 55 Fällen nur 3 zum zweiten Mal operirt werden. Jedenfalls hat das Verfahren Ogston-Luc einen kosmetischen Vorzug. JONQUIERE.

52) **L. Mader** (München). **Beiträge zur Killian'schen Radicaloperation der chronischen Stirnhöhleneiterungen, sowie Mittheilung einer neuen Behandlungsmethode des Kieferhöhlenempyems.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 56. 1907.*

Verf. empfiehlt nach seinen Erfahrungen, die sich über 3 Jahre erstrecken, die Killian'sche Methode als die brauchbarste und empfehlenswertheste der jetzigen Methoden der Stirnhöhlenoperation. Die Kopfschmerzen wurden in allen seinen 14 Fällen ganz und dauernd beseitigt oder wenigstens ganz bedeutend gebessert. Die Erfolge bezüglich der Secretionsverhältnisse waren weniger befriedigend. In den besten Fällen wurde die Secretion minimal und temporär versiegend. Bis es jedoch soweit kam, dauerte es Wochen und Monate und manchmal konnte auch nur eine Umwandlung des eitrigen Secrets in ein schleimiges oder schleimig-eitriges beobachtet werden unter gleichzeitiger wesentlicher Verminderung der Menge. Eine totale Verödung der Stirnhöhle war kein einziges Mal zu constatiren, wohl aber eine partielle.

Das kosmetische Resultat bezeichnet Verf. als den Glanzpunkt der Methode. Bei nicht zu hohen und nicht zu tiefen Stirnhöhlen blieben nur ganz flache kleine Mulden übrig, die wenig auffallen und garnicht entstellen; bei sehr hohen und tiefen Stirnhöhlen, besonders bei buchtenartigen Ausstülpungen kam es zu etwas stärkeren Einsenkungen.

Die Erscheinungen von Seiten des Nervensystems erfuhren immer günstige Beeinflussung, die Patienten wurden bis auf einen wieder arbeitsfähig. Schädigungen wichtiger Natur durch die Operation hat Verf. nicht erlebt. — Um die lange Dauer der Operation zu verkürzen, empfiehlt Verf. einige Tage vorher das vordere Ende der mittleren Muschel zu entfernen, da sich dieser an und für sich kleine Eingriff in Narcose und unter Blutungen sehr zeitraubend gestalten kann.

Verf. giebt dann noch eine neue Behandlungsmethode des Kieferhöhlenempyems an, die in einer Galvanocaustik der erkrankten Schleimhaut besteht, zur Verödung der Kieferhöhle. Die Behandlung wird von der Oeffnung in der Fossa canina aus mit Porzellanbrennern vorgenommen und erstreckt sich über mehrere Wochen. — Die Erfolge waren bisher ausgezeichnete, doch ist, wie Verf. selbst angiebt, das Material bisher noch zu gering, um ein definitives Urtheil fällen zu können. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

53) **S. Citelli** (Catania). **Ueber eine neue Behandlungsmethode der chronischen Stirnhöhleneiterungen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Heft 2. 1908.*

Verf. ist von den heutigen operativen Behandlungsmethoden der Stirnhöhleneiterung nicht befriedigt; so bringt beispielsweise auch das Killian'sche Verfahren nach C. nicht immer Heilung und schützt nicht vor Entstellung, sobald die Höhle gross ist.

Verf. hofft nun ein operatives Verfahren gefunden zu haben, das ohne Entstellung rasche Heilung der Stirnhöhleneiterung bringt. Er hat bei 3 Hunden in die vordere Stirnhöhlenwand eine Oeffnung angelegt, von hier aus die Schleimhaut ausgekratzt, die Höhle desinficirt und dann das Sinusinnere durch mit Jodoform gemischtes, weiches Paraffin (Schmelzpunkt 45—50°) ausgegossen. Bei den zwei ersten Hunden war zur Zeit der Operation die Schleimhaut normal, und bei dem dritten wurde vorher künstlich eine Eiterung erzeugt.

Die 3 Tierexperimente mit nachträglichem Sectionsbefund und mikroskopischer Untersuchung sind unserer Ansicht nach nicht so befriedigend und überzeugend, dass es gerechtfertigt erscheint, die Methode, wie C. es wünscht, nun ohne Weiteres „in ausgedehntem Maasse beim Menschen anzuwenden.“ Vielmehr fordert die Arbeit von C. vorerst zu weiteren zahlreichen Thierversuchen auf, bevor dieses in seinem Erfolg wenigstens jetzt noch sehr unsichere und vielleicht auch nicht vollständig ungefährliche Verfahren den andern jetzt üblichen Operationsmethoden vorgezogen wird.

OPPIKOFER.

54) **Albert Rosenberg** (Berlin). **Pneumocele des Sinus frontalis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 150. 1907.*

Verf. stellt kurz die bisher in der Literatur zusammengestellten 10 Fälle von Pneumatocele des Sinus frontalis zusammen und fügt selbst einen 11. hinzu, der bisher übersehen zu sein scheint. Er stammt aus der Klientel Igounets; der Bericht ist in L'Union méd. 1857, p. 502 erschienen. — Die Pneumocele trat im Verlauf eines starken Schnupfens auf, es war in der Mittellinie der Stirn nach einigen Tagen eine Oeffnung zu constatiren, die Aehnlichkeit hatte mit einer durch eine Pistolenkugel verursachten. Nach Bedeckung mit einem Kupferstück trat nach 6 Wochen Heilung ein.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

55) **Levinger** (München). **Pneumocele des Sinus frontalis (nach Killian'scher Operation des Kieferhöhlenempyems).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 528. 1907.*

Annähernd 6 Monate nach der Stirnhöhlenoperation, die gut verlaufen war, wird folgender Befund aufgenommen: Beim Schneuzen bildet sich über der Stirnhöhlengegend selbst eine grössere Vorwölbung, in der Nachbarschaft zudem noch ein Knistern verursachendes Hautemphysem. In der Nase keine Schwellung, kein Eiter.

Freilegen der Stirnhöhle durch Hautschnitt in der alten Narbe bestätigte die Annahme, dass sich das Narbengewebe gelockert hätte, und zwar hatte diese Lockerung besonders im inneren Winkel der früheren Stirnhöhle stattgefunden. Die Gegend des Ductus nasofrontalis, die hintere Wand der Stirnhöhle und der Hautlappen werden mit scharfem Löffel abgekratzt, der innere Winkel gegen die Nase zu tamponirt, die übrige Wunde vernäht. Darauf trat Heilung ein.

Verf. wirft die Frage auf, ob die von Killian angegebene Schleimhautlappenbildung nicht durch Einschränkung der Granulationsbildung in der Gegend des Stirnhöhlenausführungsganges schuld an der Complication war.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

56) **John A. Thompson. Eiterung in den Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle mit Lähmung des Oculomotorius. (Suppuration in the ethmoid and sphenoid sinuses with paralysis of the third nerve.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. berichtet über zwei Fälle. EMIL MAYER.

57) **Goldmann** (Komotau). **Ein Fall von Siebbeineiterung infolge von Tamponade nach Bellocque.** *Prager med. Wochenschr. No. 50. 1907.*

Auf eine wiederholte Tamponade der Nase nach Bellocque trat bei einer Patientin eine Eiterung des Siebbeinlabyrinthes auf und zieht der Autor aus diesem Falle den Schluss, zum Zwecke dieser Tamponade nur hochprocentige Jodoform- oder Isoformgaze zu verwenden oder solche mit Eisenchlorid getränkt. Hinweis auf die Zweckmässigkeit des Lenhoff'schen Zugstreifentampons (Arch. f. Laryngol. Bd. XVIII, H. 1). CHIARI.

58) **Wilfrid Glegg** und **P. J. Hay** (Birmingham). **Ueber einen Fall von Empyem der hinteren Siebbeinzellen mit Paralyse der Associationsbewegungen und bitemporaler Gesichtsfeldeinengung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 525.*

Die Verf. nehmen eine Affection des Chiasma an; die Betheiligung der sich kreuzenden Nervenfasern erklärt die bitemporale Gesichtsfeldeinengung, die der Gudden'schen Commissur die Associationsstörungen. F. KLEMPERER.

59) **Harry Kuhn** und **Mortimer Frank. Ein Fall von geschlossener Sinusitis des Siebbeinlabyrinths mit Exophthalmus. (A case of closed sinusitis of the ethmoid labyrinth with exophthalmos.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Ein Fall von wirklichem geschlossenen oder „latenten" Empyem des Siebbeinlabyrinths mit Perforation der Lamina papyracea. Das Auge kehrte kurze Zeit nach der Operation in seine normale Lage zurück. EMIL MAYER.

60) **Stoeckel** (Berlin). **Die breite, endonasale Eröffnung der Keilbeinhöhle mit der Fraise.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 496.*

Beschreibung des Eingriffs und Abbildung der Instrumente.

F. KLEMPERER.

61) **S. Citelli. Retrobulbäre Neuritis optica infolge Keilbeinempyems. (Nevrite ottica retro-bulbare per sinusite sfenoidale.)** *Bollet. della malattie dell' orecchio etc. Februar 1908.*

Die Keilbeinhöhle, deren Oeffnung infolge der Weite der Nasenhöhle frei lag, war mit Granulationen, Sequestern und Eiter gefüllt; nach Auskratzung der Granulationen und Einblasung von Borsäure liess die Secretion nach. Zwei Jahre nach dem Beginn der Nasensymptome hatte Pat. allmählich auf der betreffenden Seite völlig das Sehvermögen verloren, ohne dass am Bulbus irgendwelche Veränderungen zu constatiren waren, was Verf. auf eine durch das Keilbeinempyem bedingte retrobulbäre Neuritis des Opticus zurückführt. FINDER.

c. Mundrachenhöhle.

62) **A. Thouvenot. Der Schanker des Zahnfleisches. (Le chancre des gencives.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Der Schanker localisirt sich nur selten auf dem Zahnfleisch; am häufigsten geschieht die Uebertragung auf diese Stelle durch Gegenstände, die zur Zahnpflege benutzt werden. Die Charactere des Zahnfleischschankers gleichen denen des Genitalschankers; da Reaction und Schmerz nicht sehr stark sind, so bleibt er oft unbemerkt.

Die Diagnose ist vor dem Auftreten der Secundärerscheinungen sehr schwer; Verf. bespricht die differentielldiagnostischen Merkmale gegenüber ähnlichen Erscheinungen an dieser Stelle z. B. der Gingivitis ulcero-membranacea, malignen Affectionen etc.

A. CARTAZ.

63) **R. Latté** und **Barret. Actinomycose des Zahnfleisches und der Mundhöhle. (Actinomycose gingivo-buccale.)** *Soc. de méd. de Paris. 27. Februar 1908.*

Vorstellung einer Patientin mit Actinomycose des Zahnfleisches und der Mundhöhle, bei der eine Behandlung mit hohen Jodkalidosen eingeleitet wurde. Es trat eine rapide Besserung ein, jedoch musste wegen Intoleranz gegen das Jod die Behandlung ausgesetzt werden; es wurde dann durch Radiotherapie in zwei Sitzungen völlige Heilung erzielt.

A. CARTAZ.

64) **Danlos** (Paris). **Mal perforant der Mundhöhle bei Tabes. (Mal perforant buccal tabétique.)** *Société médicale des hôpitaux. 29. Mai 1908.*

Unter dieser Bezeichnung stellt Verf. einen Knaben vor, der an tertiärer Syphilis und Tabes litt und bei dem die antisyphilitische Behandlung nicht das Ausfallen der Zähne und die völlige Resorption des Kiefers aufhalten konnte.

GONTIER de la ROCHE.

65) **Santaló** (Algeciras). **Doppelter Lippenschanker. (Chancro labial doble.)** *Boletin de laringologia. No. 40.*

Bemerkenswerth ist ausschliesslich das doppelte Vorhandensein der Affection.

TAPIA.

66) **Lachapelle** (Paris). **Heredo-syphilitische Gummata der Lippen und des Gaumensegels. (Gommes hérédo-syphilitiques des lèvres et du voile du palais.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Nichts von Bedeutung.

GONTIER de la ROCHE.

67) **Hellesen** (Christiania). **Bakteriologische Untersuchungen eines Falles von Noma.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 67. 1908.*

Im vorliegenden Falle wird ein Diplococcus mit Sicherheit als Krankheitserreger angesprochen.

SEIFERT.

68) **J. Barabás** (Fehértemplom, Ungarn). **Beitrag zur Aetiologie der Ludwig'schen Angina.** *Orvosi Lapja. No. 22. 1908.*

Eine vor 5 Wochen verschluckte Fischgräte war die Ursache der Krankheit.

v. NAVRATIL-POLYAK.

69) **P. Eisen. Zur Kenntniss der Natur der Stomatitis und Angina ulcero-membrancea (Plaut, Vincent).** *Dissert. Heidelberg 1905.*

An der Hand der Literatur und eines selbst beobachteten Falles wird das Krankheitsbild der Plaut-Vincent'schen Angina ausführlich beschrieben. Die durch den Autor beobachtete Angina hatte zu linksseitiger Pneumonie, Nephritis und leichter Entzündung im linken Grosszehengrundgelenk geführt. Das Sputum und die Membranen aus den Bronchien enthielten den Bacillus fusiformis; Fränkel'sche Pneumokokken fehlten.

OPPIKOFER.

70) **Wretowski. Ein Fall von Angina ulcerosa Vincentii. (Przypadek wrzodnego zapalenia gardzieli, wywolenego przez laseczniki wrzecionowate.)** *Gazeta Lekarska. No. 20. 1908.*

Bei einer 30jährigen Frau, die seit einer Woche fieberte und dann über Halsschmerzen, am meisten beim Schlucken, wie auch über unangenehmen Geruch aus dem Munde klagte, bemerkte Verf. am weichen Gaumen, an den Tonsillen und an der Uvula sehr viele Geschwüre, mit grauweissem Belag bedeckt. Viele Zähne waren cariös verändert. Die mikroskopische Untersuchung des Belages zeigte neben verschiedenen Arten von Diplokokken auch in grosser Menge Bacilli fusiformes Vincenti. Als Therapie wurden Antipyretica und Chinosolgurgeln angewandt. Nach einer Woche konnte die Patientin das Krankenhaus verlassen.

A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Walter H. Buhlig. Ein Fall von Vincent'scher Angina ohne Spirochäten. (A case of Vincents angina without spirochetes.)** *Journal American Medical Association. 30. Mai 1908.*

Verf. erklärt den Fall für eine Angina Vincenti, trotzdem keine Spirochäten gefunden wurden, weil in den Culturen sich weder Diphtheriebacillen noch andere Mikroorganismen fanden, in den Ausstrichpräparaten dagegen sehr reichlich fusiforme Bacillen gefunden wurden.

EMIL MAYER.

72) **Collet** und **Horand. Ueber die Anwesenheit von Pseudo-Treponema pallida bei Angina Vincenti neben fusiformen Bacillen und klassischen Spirochäten. (De la présence de pseudo-tréponèmes pâles dans une angine do Vincent à côté des fuso-spirilles et des spirochètes classiques.)** *Gaz. hebd. de sciences médicales. No. 27. 1907.*

Bei der Angina ulcero-membranacea, fälschlich auch als Vincent'sche Angina bezeichnet, haben die Autoren ausser fusiformen Bacillen und zahlreichen Spirillen auch die Pseudo-Treponoma pallida gefunden.

BRINDEL.

73) **Truman W. Brophy. Anatomie des normalen und gespaltenen Gaumens. (Anatomy of palate, normale and cleft.)** *Journal of the American Medical Association. 24. August 1907.*

Verf. räth, die Gaumenspalte vor der Lippenspalte zu operiren, und zwar 3 Monate nach der Geburt, die Operation der Lippen soll 3 Monate später erfolgen, nachdem die Gaumenknochen völlig vereinigt sind. Zuletzt soll die Vereinigung des weichen Gaumens erfolgen, wenn das Kind 14—16 Monate alt ist.

EMIL MAYER.

74) **J. N. Roy. Primäre Melanose des Gaumens: Mundrachenfistel frischen sarkomatösen Ursprungs. (Primary melanosis of the palate. Naso-buccal fistula of recent sarcomatous origin.)** *The Laryngoscope. November 1907.*

Diese primäre Melanose war von benignem Charakter; später bildete sich an dieser Stelle eine mit Pigment gefüllte Geschwulst, die malign wurde. Zu bemerken ist, dass die primäre Melanose sich nur am Gaumen fand, ohne dass gleichzeitig derartige Erscheinungen an der Haut vorhanden waren, dass fernerhin die Entwickelung sehr langsam, über einen Zeitraum von 20 Jahren vor sich gegangen und erst zuletzt ein rapides Wachsthum eingetreten war. EMIL MAYER.

75) **L. Lange. Die Hasenscharten an der Göttinger chirurgischen Klinik vom October 1895 bis April 1906.** *Dissert. Göttingen 1905.*

Unter den 103 operirten Hasenscharten waren 68,9 pCt. männlichen und 31,1 pCt. weiblichen Geschlechts. In 76 Fällen war die Spaltbildung einseitig (55 mal links und 21 mal rechts) und in 27 Fällen doppelseitig. Bezüglich der Heredität giebt L. an, dass bei 19,3 pCt. noch andere Hasenscharten in den einzelnen Familien nachgewiesen werden konnten.

Die Sterblichkeit der Hasenschartenkinder, seien sie operirt oder nicht, ist grösser als die normale Kindersterblichkeit. Der Grund für die grössere Sterblichkeit (nach Verf. 26,8 pCt.) liegt in der von Geburt an oft mangelhaften Entwickelung und in der Erkrankung des Respirations- und Digestionsapparates, zu welcher die Missbildung disponirt; zum Theil ist die grössere Sterblichkeit auch dem Umstande zuzuschreiben, dass diese missbildeten Wesen von ihren eigenen Müttern mangelhaft verpflegt werden. OPPIKOFER.

76) **J. Koopmann. Die Hasenscharten an der Kieler Klinik vom April 1899 bis Juli 1907.** *Dissert. Kiel 1907.*

An der Königl. chirurgischen Klinik zu Kiel wurden im Verlaufe von ungefähr 8 Jahren 57 Hasenscharten beobachtet, wovon 38 einseitig und 19 doppelseitig waren. Von den einseitigen Spalten waren 27 links und 10 rechts gelegen. 28 Fälle, also ungefähr die Hälfte, waren neben ihrer Hasenscharte noch mit Gaumenspalte behaftet. Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden.

OPPIKOFER.

77) **G. Hudson Makuen. Operationen bei Gaumenspalten und ihr Resultat. (Operations for cleft palate and their results.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juli 1907.*

Verf. fasst seine Grundsätze folgendermaassen zusammen:

1. Eine Operation zum Schluss der Gaumenspalte soll nur unternommen werden, wenn eine gewisse Wahrscheinlichkeit für den Erfolg vorhanden ist.

2. Sie soll nur von solchen gemacht werden, die eine specielle Erfahrung in der Chirurgie der Rachenhöhle besitzen.

3. Die Operation soll so frühzeitig wie möglich ausgeführt werden.

4. In schwierigen Fällen bei jungen Leuten ist die Operation nach vorausgegangener Tracheotomie, wie sie Mc Kernon beschrieben hat, vorzuziehen.

5. Zwei Gründe sind für die Vornahme der Operation maassgebend: Die Besserung des Allgemeinbefindens und die Hebung der Sprachfähigkeit; ersteres wird durch die verbesserten hygienischen Bedingungen des Nasenrachens sowie durch die Hebung des moralischen Selbstgefühls erreicht. EMIL MAYER.

78) **John B. Roberts. Moderne Methoden zur Wiederherstellung des gespaltenen Gaumens. (Modern methods in the repair of cleft palate.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Obturatoren und künstliche Prothesen sollen verworfen werden. Nach einer Besprechung der Pathogenese der Gaumenspalte stellt Verf. seine Grundsätze bezüglich der Operation auf. Er macht darauf aufmerksam, dass die Wahrscheinlichkeit eines Erfolges bei der Naht des weichen Gaumens erheblich gesteigert wird, wenn man vorher den Spalt im harten Gaumen zum Verschluss bringt. Er rechnet es als einen grossen Fehler, wenn man mit der Operation wartet, bis das Kind mehrere Jahre alt geworden ist; denn wenn man die Oberkieferknochen erst in ihrer abnormen Position hat verknöchern lassen, dann liegen die Verhältnisse viel schwieriger. Die Hasenscharte soll im Allgemeinen nicht in Angriff genommen werden, bevor der Gaumen wieder hergestellt ist. EMIL MAYER.

79) **Joseph H. Abraham. Ein Fall von Hasenscharte. (A case of cleft palate.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

In dem Fall, bei dem die Spalte sich vom harten Gaumen nach hinten durch die Mitte des weichen Gaumens und die Uvula erstreckte, bestand eine starke Hyperplasie der hinteren Muschelenden, die die Choanen völlig verlegten und sich in der Mittellinie berührten, ferner adenoide Vegetationen. A. will erst die hinteren Enden und die Adenoiden entfernen und dann versuchen, die Spalte zu schliessen.

EMIL MAYER.

80) **J. A. Mc. Graw. Ungelöste Fragen in der Therapie der Hasenscharte und Gaumenspalte. (Unsettled questions in the treatment of hare-lip and cleft palate.)** *Detroit Medical Journal. Januar 1908.*

McGraw hält es für höchst bedauerlich, dass die Ansicht, man müsse mit dem operativen Verschluss der Gaumenspalte warten, bis das Kind einige Jahre alt sei, bei den Aerzten so fest steht. Er erachtet es für erstrebenswerth, die Kinder möglichst frühzeitig zu operiren und zwar scheint ihm die Operation nach Brophy die empfehlenswertheste. Ein sehr wichtiges Moment ist für die Nachbehandlung, bei nervös veranlagten Kindern jede Nervenerregung zu vermeiden.

EMIL MAYER.

81) **George V. D. Brown. Sprachresultate bei Gaumenspaltenoperationen. (Speech results of cleft palate operations.)** *Journal American Medical Association. Februar 1908.*

Nach Ansicht des Verf. ist fast kein Fall für die Operation ungeeignet, ohne Rücksicht auf das Alter: einer seiner am hoffnungslosesten aussehenden Fälle, der mit gutem Resultat operiert wurde, war 50 Jahre alt. Es sollen keine unnöthigen forcirten Methoden in frühem Kindesalter angewandt werden. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

82) **Hibbert W. Hill. Fehlerquellen bei der Laboratorium-Diagnose der Diphtherie. (Sources of error in the laborotory diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 2. November 1907.*

Das Auffinden von Diphtheriebacillen in Culturen beweist an sich nichts anderes als ihr Vorhandensein in der Cultur. Ist die Gewähr vorhanden, dass die Entnahme sachgemäss vor sich gegangen ist, so beweist der Befund von Bacillen ihr Vorkommen im Hals, aus dem die Entnahme gemacht wurde, nichts mehr. Sind ferner mit dem Vorkommen der Diphtheriebacillen im Hals charakteristische klinische Symptome verbunden, so ist die Wahrscheinlichkeit von 98—99pCt. vorhanden, dass wirklich Diphtherie vorliegt. Fehlen die klinischen Symptome, und sind Diphtheriebacillen im Halse gefunden worden, so kann man, wenn die Anamnese nicht für eine Infectionswahrscheinlichkeit spricht, annehmen, dass die Bacillen nicht virulent sind; sind aber anamnestische Angaben für eine Uebertragung vorhanden, so ist wahrscheinlich, dass die Bacillen virulent sind. Fällt die Untersuchung auf Diphtheriebacillen negativ aus, so spricht 90pCt. Wahrscheinlichkeit dafür, dass keine im Rachen vorhanden sind; bei zweimaligem negativen Ausfall der Untersuchung ist die Wahrscheinlichkeit 99pCt., bei mehrmaligem negativen Ergebniss ist absolute Sicherheit, dass keine Diphtherie vorliegt.

LEFFERTS.

83) **Herbert J. Gillette. Diphtherie-Antitoxin bei Bronchialasthma. (Diphtheria antitoxin in bronchial asthma.)** *Journal of the American Medical Association. 4. Januar 1908.*

Verf. hat in zwei Fällen, von denen der eine er selbst war, nach Injectionen von Diphtherieserum das Bronchialasthma aufhören sehen. Auf diese Erfahrungen hin machte er einem 52jährigen an Asthma leidenden Mann eine Injection von 2000 I.-E., 5 Minuten später war der Mann todt. Die Section ergab ein negatives Resultat. Verf. giebt an, dass er weiterhin noch zwei Todesfälle nach Anwendung von Serum aus derselben Indication gesehen habe.

EMIL MAYER.

84) **G. N. W. Thomas** (Cardiff). **Ein Fall von Masern und Kehlkopfdiphtherie. (A case of measles and laryngeal diptheria.)** *Lancet. p. 1482. London 1908.*

In dem mitgetheilten Fall trat die Larynxdiphtherie als Complication im Verlauf der Reconvalescenz nach Masern auf; es musste die Tracheotomie gemacht werden.

JAMES DONELAN.

85) **Armbrüster** (Gernsheim). **Croup und Diphtherie.** *Der pract. Arzt. 6. 1908.*

Der Autor stimmt mit dem Referenten darin überein, dass die Bezeichnung Croup durch die richtigere: Kehlkopfdiphtherie ersetzt werden solle und hebt hervor, dass gerade hier das Diphtherieserum seine besonders günstige Wirkung entfalte.

SEIFERT.

86) **J. V. Shoemaker. Klinische Vorlesung über diphtherische Lähmung. (Clinical lecture on diphtheric paralysis.)** *St. Louis Medical Review. Juni 1908.*

Verf. empfiehlt ausser roborirender Diät Strychnin, ferner Suppositorien von Ext. Hyoscyami zu gleichen Theilen mit Camphor. monobromat. vor dem Zubettgehen gegen die Schlaflosigkeit.

EMIL MAYER.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

87) **R. Wendeborn. Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Larynxstenosen.** *Dissert. Kiel 1906.*

Vorerst bespricht Verf. die verschiedenen Methoden, die eine Beseitigung von Stenosen und Defekten des Larynx auf operativem Wege bezwecken und empfiehlt dann an der Hand einer eigenen Beobachtung die von von Mangoldt angegebene Plastik.

OPPIKOFER.

88) **K. M. Menzel** (Wien). **Chronisch-ödematöse Veränderungen der Kehlkopfschleimhaut als Folge von Compression durch Struma.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 53.*

Verf. illustrirt an einer Reihe eigener und fremder Beobachtungen, dass durch die in Folge des Strumadruckes in den Kehlkopfgefässen hervorgerufene Stauung sämmtliche Partien der Kehlkopfschleimhaut in ödematösen Zustand versetzt werden können, wodurch sie unter gewissen Umständen ein nicht unbeträchtliches mechanisches Athmungshinderniss bilden. Nach Strumectomie schwinden im Allgemeinen die Erscheinungen, jedoch bleiben, wenn die Compression lange eingewirkt und demnach das Oedem lange bestanden hat, auch nach der Strumectomie gewisse Veränderungen zurück, die histologisch in Verdickung, bezw. Verhornung des Epithels und Vermehrung des Stromas begründet zu sein scheinen.

F. KLEMPERER.

89) **Berard, Sargnon** und **Alamartine** (Lyon). **Subglottische Stenose. (Sténose sous-glottique.)** *Lyon médical. 27. August 1907.*

Es handelte sich um eine Perichondritis cricoidea mit syphilitischer Tracheitis; Versuche der Intubation waren wegen der Länge der Stenose erfolglos und man war gerade während eines solchen zur eiligen Tracheotomie gegangen. Da Pat. wegen des Weiterbestehens der Stenose nicht decanulirt werden konnte, so wurde, nachdem mittels der subglottischen Tracheoskopie genau der Sitz der Stenose bestimmt war, die allmälige retrograde Dilatation, daneben gleichzeitig eine specifische Behandlung eingeleitet. Pat. wurde geheilt.

GONTIER de la ROCHE.

90) **G. Strazza** (Genua). **Ueber einen Fall von schwerer Kehlkopfstenose infolge diffuser subglottischer amyloider Degeneration. (Sopra un caso di grave stenosi laringea determinata da diffusa degenerazione amiloidea dello spazio sottocordale.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. November 1907.*

Es handelte sich um einen 52 jährigen Mann, der mit schwerer Dyspnoe in

das Hospital eingeliefert wurde. Unterhalb der Stimmbänder sah man eine intensive Infiltration, die diffus die ganze Röhrenwandung einnahm und das Lumen bis auf einen kleinen Schlitz verschloss. Da wegen mangelnder dringender Indication die Tracheotomie bis zum nächsten Morgen aufgeschoben wurde (? ! Ref.), so starb Patient in der Nacht.

Bei der Section zeigte sich, dass die Stenose aus einer Schwellung der Schleimhaut bestand, die aus compactem, homogenem, citronengelbem, hartem Gewebe zusammengesetzt war. Eine kleinere Insel von derselben Beschaffenheit zeigte sich auf der Schleimhaut in Höhe des 5.—6. Trachealrings. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten sich Veränderungen besonders in den tiefen, dem Knorpel angrenzenden Theilen der Schleimhaut. Man sah hier zwischen den Bindegewebsbündeln amorphe Massen. Alle Reactionen zeigten, dass es sich um amyloide Substanz handelte. Mikroorganismen fehlten. Die anatomische Diagnose lautete also: Perichondritis hyperplastica chronica diffusa der Ringknorpelgegend mit secundärer amyloider Degeneration und derselbe Process an einigen Trachealringen. Verf. verlegt auf Grund seiner Untersuchungen den Beginn des amyloiden Degenerationsvorganges in die Gefässwände. FINDER.

91) **E. v. Navratil** (Budapest). **Beiträge zur operativen Behandlung der Larynxstenosen.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1908.*

Bei den acuten ist die Tracheotomie souverain, bei den chronischen verfährt N. je nach der Ursache. Spricht über tuberculöse, luetische Larynxstenosen. Bei Sklerom erzielte er mit der Intubation schöne Erfolge. Verbreitet sich am ausführlichsten über die Stenosen nach Intubation und Traumen und giebt (mit Illustrationen) die ausführliche Krankengeschichte eines Selbstmörders, bei dem er einen thalergrossen Hauttrachealdefect mit zwei umgestülpten Hautlappen (von den Seitentheilen des Halses) mit vollständigem Erfolge verschloss. POLYAK.

92) **L. Harmer. Ueber eine Modification der Schornsteinkanüle zur Behandlung narbiger Kehlkopfstenosen.** (Aus der k. k. Universitätsklinik f. Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrath Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Hinweis auf die bedeutenden Schwierigkeiten der Narbenstenosenbehandlung im Kehlkopf, vor allem was Zeit und Endresultat anbelangt. Relativ am meisten zu empfehlen ist das Einlegen von Dauercanülen. Sowohl die T-Canüle als auch die Schornsteincanüle sind nicht frei von Nachtheilen, nach eigener Erfahrung letztere jedoch vorzuziehen, weil sie vor Allem leichter einzulegen ist, vorausgesetzt, dass sie für den jeweiligen Fall genau passend gebaut ist. Um die so häufig auftretende Spornbildung zu verhindern, hat H. den trachealen Theil der Schornsteincanüle einfach weggelassen, sodass die Patienten nur durch die laryngeale Canüle, die entsprechend durchlocht ist, athmen und somit Druck und Stauung entfallen. Mittheilung zweier auf diese Art behandelter Fälle, in welchen eine Spornbildung verhütet werden konnte. HANSZEL.

93) Koschier. **Zur Behandlung der postdiphtherischen Stenosen des Larynx und der Trachea.** (Aus der laryngol. Abtheil. der allgem. Poliklinik in Wien, Vorstand: Doc. Koschier.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Nach einigen Bemerkungen über die Art des Zustandekommens diphtheritischer Geschwüre, Infiltrate und Narben in Kehlkopf und Luftröhre beschreibt K. eine von ihm angegebene Modification der Schornsteincanüle, bei der der pharyngeale und tracheale Theil in einer Linie sich befinden, also kein nach rückwärts offener Winkel die Bildung eines Spornes begünstigt (Firma Reiner, Wien). Mittheilung eines Falles von vollständiger narbiger Verwachsung des Kehlkopfes mit fast völliger Zerstörung des Knorpelgerüstes, in welchem Falle nach Herstellung eines Lumens die eben beschriebene Canüle eingelegt wurde, die natürlich entsprechend dem zunehmenden Alter dimensionirt dauernd getragen werden muss. Als die vom chirurgischen Standpunkt aus ideale Methode der Behandlung completter Occlusion des Larynx ist die circuläre Resection mit folgender Naht beider Stümpfe anzusehen und wird ein solcher durch 5 Jahre geheilt gebliebener Fall mit einigen interessanten Details ausführlich beschrieben. HANSZEL.

94) Kan (Leiden). **Ueber einen Fall von congenitalen Larynxluftsäcken bei einem Kinde von 16 Tagen.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 51. 1908.*

Die Anomalie wurde erst auf dem Sectionstische nachgewiesen. Die Athemnoth fiel gleich nach der Geburt auf; am 16. Tage trat unter schweren Suffocationserscheinungen der Tod ein.

Am Eingang in die Sinus piriformes fand sich zu beiden Seiten des Kehldeckels eine Membran ausgespannt. Das Larynxinnere stellte ein scheidenförmig, seitlich zusammengedrücktes Lumen dar mit geraden Wänden ohne Stimm- und Taschenbänder und ohne Ventriculus Morgagni. Bei der makroskopischen Besichtigung allein war eine Communication zwischen Larynx und Luftsäcken, die Verf. nach Form und Grösse mit einer braunen Bohne vergleicht, nicht nachzuweisen. Die Säcke trugen in ihrem Innern Cylinderepithel. OPPIKOFER.

95) Luigi Clerc. **Beitrag zum histologischen Studium der Kehlkopfpapillome. (Contributo allo studio istopatologico dei papillomi laringei.)** *Arch. Ital. di Laringologia. April 1908.*

Verf. beschreibt die histologische Structur zweier Larynxpapillome, das eine von einem Erwachsenen, das andere von einem Kinde stammend, die er als Typen der beiden nach seiner Ansicht vorkommenden Modificationen gelten lassen möchte. Bei dem ersten Typus macht das Bindegewebe den Hauptbestandtheil aus, das epitheliale Element kommt erst in zweiter Linie; es fehlen die Anzeichen einer Epithelproliferation; während im zweiten Falle die Wucherung des Deckepithels eine sehr reichliche ist und um sehr zarte, junge Papillen herum vor sich geht. Bei der Betrachtung der ersten Abbildung sind Zweifel gerechtfertigt, ob es sich hier um das handelt, was wir gewöhnlich als „Papillom“ zu bezeichnen gewohnt sind; die zweite Abbildung zeigt das einem Jeden, der sich mit diesen Dingen beschäftigt hat, vertraute histologische Bild des Larynxpapilloms. FINDER.

96) **Pólyak. Mittelst Laryngofissur entferntes Kehlkopfpapillom.** *Orvosi Hetilap. No. 7. 1908.*

T förmiger Hautschnitt, deren Quertheil über dem Os hyoideum, der Längstheil in der Mittellinie. Wegen parenchymatöser Blutung Tamponade des Kehlkopfes und nur eine Catgutnaht an demselben; partielle Hautnaht. Heilung.

v. NAVRATIL.

97) **Körner** (Rostock.) **Die Cricotomie zur Entfernung subglottischer Kehlkopfpapillome bei kleinen Kindern und die Verhütung der Papillomrecidive durch innerliche Gaben von Arsenik.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 55. 1908.*

Bei einem $3^1/_2$ jährigen Kinde, das an Heiserkeit und Athembeschwerden litt, gelang es mit Hülfe des Mount-Bleyer'schen Hakens unter den Stimmbändern eine grosse höckerige Geschwulst festzustellen. Cricotomie, Entfernung von mehreren Papillomen. Nach der Operation Arsenikcur mit Fowler'scher Lösung; nach 6 Monaten noch war das Kind frei von Recidiven. SEIFERT.

98) **Emil Glas** (Wien). **Ueber Larynxcysten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 285. 1907.*

Verf. giebt die genauen Krankengeschichten und den Befund der histologischen Untersuchung von 16 an der Chiari'schen Klinik beobachteten Fällen von Larynxcysten, theilweise mit Abbildungen. Er theilt die Fälle in folgende Gruppen ein:

1. Retentionscysten infraepithelialer und intraepithelialer Drüsen.
2. Congenitale Cysten, i. e. cystische Bildungen, die auf entwickelungsgeschichtliche Momente (versprengte Keime, Kiemengänge, Ductus thyreoglossus und andere) zurückzuführen sind.
3. Traumatische Cysten, welche den auf entzündlicher Basis zu Stande gekommenen traumatischen Cysten anderer Körperstellen nahe stehen.
4. Lymphcysten, bei acut entzündlichen Processen durch Erweiterung von Lymphgefässen zu Stande gekommen, und den submucösen Erweichungscysten sowie auch den unter 3 angeführten nahe verwandt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

99) **Rud. Riester** (Heidelberg). **Casuistische Mittheilungen über Cysten des Kehlkopfes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 153. 1907.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Kehlkopfcysten, die von den Taschenlippen ausgingen. Interessant ist, dass die eine Cyste innen mit Flimmerepithel ausgekleidet war, weil damit bewiesen ist, dass es sich um eine wahre Retentionscyste handelte. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER.)

100) **Hirsch. Ueber Haemangioma cavernosum des Kehlkopfes.** (Aus dem Ambulatorium des Doc. M. Hajek in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Der blaurothe, warzige Tumor bedeckte das rechte Stimm- und Taschenband, sowie das vordere Drittel des linken Stimmbandes und vergrösserte sich beim Pressen deutlich. Therapeutisch kommt die Laryngofissur in Betracht.

HANSZEL.



101) **H. White** (Canada). **Ein Fall von Haemangiom des Kehlkopfes, behandelt mit Laryngofissur.** (Aus der k. k. Universitätsklinik f. Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrathes O. Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Es beweist dieser sowie in der Literatur schon vorher beschriebene Fälle, dass bei Haemangiomen die operative Therapie die zweckmässigste ist. Da nach endolaryngealen Eingriffen mitunter starke Blutungen auftreten, erscheint die Freilegung des Operationsfeldes durch Laryngofissur die sicherste Behandlungsart.

HANSZEL.

102) **O. Horn** und **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Ein Fall von Haemangiom der linken Stimmlippe.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 120. 1907.*

Sectionsbefund: Röthlicher, wie blutgefüllter, kaum erbsengrosser, länglicher Polyp, der am Rande der Stimmlippe mittels eines ziemlich langen, dünnen, blattförmigen Stils anhaftet. — Der Tumor, mit aus geschichtetem Plattenepithel bestehender Schleimhaut bedeckt, besteht im Wesentlichen aus unregelmässigen, mit Blut und Fibrinablagerungen gefüllten Hohlräumen; die Wandungen sind grösstentheils mit Endothel bekleidet.

Ausser diesem sind noch 35 Fälle bisher beschrieben.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

103) **Ihukow. Fall von Lymphangiom des Kehlkopfes. (Slutschai linfangiomi gortani.)** *R. Wratsch. p. 208. 1908.*

Beschreibung eines Falles von Lymphangiom, welches auf dem rechten falschen Stimmbande sass. Durch Punction wurde milchige Flüssigkeit entleert und danach die Diagnose gestellt. Weiterer Behandlung entzog sich die 18jährige Patientin.

P. HELLAT.

104) **H. Barwell. Epitheliom des Kehlkopfes bei einem jungen Manne. (Epithelioma of the larynx in a young man.)** *British Medical Journal. p. 1237. 1907.*

Der Patient, bei dem das Kehlkopfcarcinom constatirt wurde, war 27 Jahre alt.

JAMES DONELAN.

105) **J. Némai** (Budapest). **Erfahrungen über den Kehlkopfkrebs. (Tapasztalatok a gégerákról.)** *Budapesti orvosi ujság. 1908. Beilage Gégészet. No. 1.*

Frühzeitige Diagnose, dabei keine endolaryngeale Versuche, sondern sofortige Laryngofissur nach Semon's Vorschriften werden vom Verf. empfohlen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

106) **J. Solis-Cohen. Moderne Verfahren zur Entfernung maligner Geschwülste des Kehlkopfinnern. (Modern procedures in excision of intrinsic malignant growths of the larynx.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association 1907.

EMIL MAYER



107) **Jean Sendziak. Behandlung des Kehlkopfkrebses. (Treatment of cancer of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 30. November 1907.*

S. analysirt 982 Fälle von chirurgischer Behandlung des Kehlkopfkrebses; in 26 pCt. trat Heilung ein. Die Todesfälle haben seit 1888 merklich abgenommen, was S. darauf zurückführt, dass früher operirt wird und die Technik verbessert worden ist. Vergleicht man — abgesehen von der Zeit vor 1888 — die verschiedenen Methoden, so kommen auf die Laryngofissur 50 pCt., auf die endolaryngeale Methode 46 pCt., die partielle oder einseitige Resection 23 pCt. und auf die Totalexstirpation 22 pCt. Heilungen. Betrachtet man die Häufigkeit der Recidive, so traten solche auf nach Laryngofissur 22 pCt., nach partieller Resection 30 pCt., nach endolaryngealer Operation in 33 pCt. und nur in 16 pCt. nach Totalexstirpation.

EMIL MAYER.

108) **Cisneros** (Madrid). **Die Totalexstirpation des Kehlkopfes in zwei Zeiten (Laringuectomia total en dos tiempos.)** *Boletin de laryngologia. No. 41. u. 42 1907.*

Verf. hat von October 1906 bis December 1907 in 7 Fällen die zweizeitige Totalexstirpation gemacht. Die Operationsresultate waren vorzüglich. Verf. bedient sich folgender Technik: I. Zeit: Implantation der Trachea in die Haut: Localanästhesie; Verticalincision vom unteren Rand des Ringknorpels bis zum Jugulum; Freilegung der ersten Trachealringe; Blutstillung; es werden drei Seidenschlingen durch den ersten Trachealring gelegt, einer in der Mitte, die andern zu beiden Seiten. Verf. findet letztere Procedur sehr vereinfacht, wenn man sie beim transversalen Durchschneiden der Membrana crico-trachealis ausführt. Indem man nun an den Fäden einen Zug ausübt, wird die hintere Trachealwand durchschnitten mit Vermeidung einer Verletzung des Oesophagus. Nun näht man die Trachea in die Haut, lässt jedoch einen kleinen Spalt zwischen Larynx und hinterer Trachealwand ungenäht. In diesen Spalt führt man ein Gazedrain ein, das ein- bis zweimal am Tage erneuert werden muss. Ungefähr 10—15 Tage später ist dieser Spalt durch Narbengewebe, das den Larynx von der Trachea trennt, geschlossen. Jetzt folgt die II. Zeit: Exstirpation des Larynx: Naht des Oesophagus an die vom Zungenbein entspringenden Muskelmassen; Naht von Muskeln und Haut. Ernährung mittels Nasensonde.

TAPIA.

109) **H. Neumann. Carcinom des Larynx und Grawitz'sche Tumoren der Nieren.** *Dissert. München 1905.*

Die Beobachtung beweist das multiple Vorkommen zweier verschiedenartiger maligner Neubildungen in dem gleichen Organismus.

UPPIKOFER.

110) **O. Chiari** (Wien). **Uebersicht über 82 Fälle von Thyreotomien, partiellen und totalen Exstirpationen des Larynx wegen Carcinom.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschrift. No. 16. 1908.*

Mittheilung von 12 neuen Fällen, von denen 7 an der Klinik, 5 in privaten Sanatorien operirt wurden, in Ergänzung der in der Zeitschrift für klin. Medicin 1907 und in den Archives internat. de Laryng. Paris 1907 beschriebenen 70 Fällen.

Von den letzten 22 ab 1. Juni 1906 (hiervon 10 in den Archives beschrieben) operirten Fällen trat der Tod in Folge der Operation nach Thyreotomie zweimal durch Herzschwäche ein. Die 7 übrigen blieben bisher gesund. Die 3 halbseitigen Exstirpationen hatten günstigen Erfolg und blieben bisher redivfrei.

HANSZEL.

111) **J. Sendziak** (Warschau). **Die Frage der Radicalbehandlung des Kehlkopfkrebses in den letzten 50 Jahren (1858—1908).** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 4. 1908.*

Der für den Wiener internationalen Laryngo-Rhinologencongress bestimmte Vortrag enthält zunächst einen historischen Ueberblick über die Wandlung der Anschauungen bezüglich der Therapie des Larynxcarcinomes, über die verschiedenen chirurgischen Maassnahmen und deren endgültigen Ausbau. Die Schlüsse des Autors, die sich auf eine aus der Literatur gesammelte Statistik von 1002 Fällen stützen, gipfeln darin, dass die operative Behandlung des Kehlkopfkrebses die rationellste therapeutische Methode sei, dass für die frühzeitigen Formen die Laryngofissur (Thyreotomie), für die Recidive oder vorgeschrittene Fälle die partielle oder totale Laryngektomie die relativ günstigsten Resultate zeitige.

HECHT.

112) **A. Veit. Zur Behandlung der chronischen Stenosen der Luftröhre.** *Diss. Bonn 1906.*

Nach Berücksichtigung der ätiologischen Momente beschreibt V. die Dilatationsverfahren und dann die operativen Methoden. Für grössere Luftröhrendefecte ist die von Mangoldt'sche Chondroplastik empfehlenswerth und den übrigen operativen Verfahren, beispielsweise der circulären Resection mit primärer Naht, vorzuziehen. Eine Krankengeschichte. Zusammenstellung der Literatur.

OPPIKOFER.

113) **Nowotny** (Krakau). **Ueber Tracheo- und Bronchostenosen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 287.*

Ausführlicher Bericht über die auf der Klinik von Prof. Pieniazek seit 1894 beobachteten Tracheal- und Bronchialstenosen in Folge von Sklerom, Aneurysma, vergrösserten Lymphdrüsen, Syphilis und Diphtherie.

F. KLEMPERER.

114) **W. E. Sauer. Fibrom der Trachea. (Fibroma of the trachea.)** *St. Louis Interstate Medical Journal. Juni 1908.*

Der Fall betrifft einen 74jährigen Mann.

EMIL MAYER

115) **Kahler. Zur Kenntniss des Trachealsarkoms.** (Aus der k. k. Universitätsklinik f. Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrath Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Sarkome der Trachea sind selten. Beschreibung eines Falles von Spindelzellensarkom in der Grösse einer Kirsche in der Höhe des siebenten Trachealringes mittelst Tracheofissur entfernt. Jetzt $2^1/_2$ Jahre post operationem recidivfrei. Metaplastische Entstehung von Plattenepithel.

HANSZEL.

f. Schilddrüse.

116) **Hermann Faholke. Beobachtungen über Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. (Observations on the thyreoid and the parathyreoids.)** *Journal American Medical Association. 4. Juni 1908.*

Schilddrüse und Nebenschilddrüsen unterscheiden sich in embryologischer, anatomischer und functioneller Hinsicht. Die Entfernung aller Nebenschilddrüsen beim Menschen hat Tetanie und Tod zur Folge; die Entfernung der Schilddrüse die unter dem Bild der Cachexia strumipriva verlaufenden Erscheinungen. Auf Grund von Erdheim's Versuchen an Ratten ist Verf. der Ansicht, dass die Tetanie stets die Folge der Zerstörung der Parathyroiddrüsen ist und er war in 3 Fällen von Tetanie nach Strumectomie im Stande, zu constatiren, dass die Parathyroiddrüsen fehlten oder zerstört waren. Der Tod nach Parathyreodectomie kann durch Parathyroidfütterung eine Zeit lang hingehalten und acute Tetanie völlig verhindert werden (Halster, McCallum, Beebe und Rogers). Nach Entfernung der Schilddrüse verändern die Parathyroiddrüsen niemals ihre Structur und treten niemals functionell für die Schilddrüse ein.

EMIL MAYER.

117) **Notiz des Herausgebers. Die Parathyroiddrüsen. (The parathyroids.)** *Journal American Medical Association. 6. Juni 1908.*

Ein Resumé unserer durch die neueren Untersuchungen so wesentlich geförderten Anschauungen über die Natur und Function der Parathyroiddrüsen. Es wird daran erinnert, dass die Tetanie nach Verlust der Drüsen auf verminderte Retention von Calciumsalzen im Organismus zurückgeführt wird und dass daher durch Darreichung eines solchen Salzes Besserung erzielt wurde. Philip Geis hat bei 12 Individuen 37 Parathyroiddrüsen studirt und darauf aufmerksam gemacht, dass man bei Strumectomien auch die in jene Drüsen eintretenden Blutgefässe schonen müsse; am sichersten sei es für diesen Zweck, bei der Operation von oben nach unten vorzugehen.

EMIL MAYER.

118) **S. B. Beebe. Physiologie des Morbus Basedow. (Physiology of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 15. Juni 1907.*

Verf. bespricht unter Anderem den Unterschied zwischen den Folgen der Entfernung der Thyroidea und der Parathyroideae; er schildert seine in Gemeinschaft mit Rogers ausgeführten Versuche, Thiere durch Fütterung mit Parathyroid-Nucleoproteiden nach der Entfernung der Parathyroideae eine Zeit lang am Leben zu erhalten. Niemals gelang dies länger als drei Wochen. Dass der Tod in Folge Toxämie eintrat, geht daraus hervor, dass bei parathyreodectomirten Thieren nach reichlicher Fleischfütterung früher Convulsionen eintreten, als bei gesunden Thieren. Verf. bespricht auch den Stoffwechsel parathyreodectomirter Thiere.

LEFFERTS.

119) **Andrew T. Mc. Cosh. Zwei Fälle von Morbus Basedow. (Two cases of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 14. März 1908.*

Verf. empfiehlt auf Grund von 20 operirten Fällen die chirurgische Behandlung. In den Frühstadien der Erkrankung ist die postoperative Mortalität sehr ge-

ring. In Dreiviertel der Fälle tritt Besserung, in der Hälfte Heilung ein. Die Mortalität der Operation beträgt 6—10 pCt. Verf. entfernt jetzt circa 75 pCt. der Drüse. Adhäsionen und Gefässreichtum waren bei Basedowkröpfen grösser als bei gewöhnlichen Strumen.

LEFFERTS.

120) **Mouriquand** und **Bouchert** (Lyon). **Rheumastismus und Morbus Basedow. (Rhumatisme et maladie de Basedow.)** *Société médicale des hôpitaux. 27. December 1908.*

Verf. treten der Ansicht Vincent's bei, der auf den Zusammenhang zwischen Rheumatismus und Morbus Basedow hingewiesen hat; bei einem Drittel der Basedowkranken haben sie in der Ascendenz Rheumatismus nachweisen können. Sie theilen einen Fall mit, in dem im Verlauf eines Rheumatismus ein acuter und tödlich endender Basedow einsetzte.

GONTIER de la ROCHE.

g. Oesophagus.

121) **J. O. M. Reynolds. Bericht über einen Fall von acuter Mastoiditis mit ausgedehnter Zerstörung des Oesophagus, Ruptur desselben und profuser Blutung in den linken Pleuraraum, den Magen und das Mediastinum. (Report of a case of acute mastoiditis complicated by an extensive destruction of the esophagus with rupture of the esophagus leading to the profuse hemorrhage into the left pleural cavity, the stomach and mediastinum.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Die Ruptur erfolgte am Tage nach der Mastoidoperation. Bei Eröffnung der Brusthöhle fand sich die rechte Seite normal; der linke Pleuraraum mit geronnenem Blut erfüllt, communicirte durch die Ruptur mit dem Oesophagus; letzterer zeigte an dieser Stelle eine grosse Ulceration.

EMIL MAYER.

122) **G. Ellermann. Ueber Cardiospasmus.** *Dissert. Bonn 1906.*

E. empfiehlt, gestützt auf eine eigene Beobachtung, bei Cardiospasmus die forcirte Dehnung der Cardia vom Magen aus.

OPPIKOFER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Leo Katz** (Kaiserslautern). **Die Krankheiten der Nasenscheidewand und ihre Behandlung.** Curt Kabitzsch (A. Schuber's Verlag), Würzburg.

Das Buch hat 170 Seiten. Es besitzt den Nachtheil aller Abhandlungen, welche sich mit den Krankheiten nur eines Theiles eines Organs befassen, es muss nothwendig viel Raum der Berücksichtigung dieses Organs als Ganzes gewidmet werden, so dass es für den Schriftsteller schwer ist, trotz aller Zurückhaltung, sich auf das von ihm gewählte Thema zu beschränken. Katz hat sich in dieser Hinsicht nicht viel Mühe gegeben, und es wird daher der Stoff seiner Wahl: die Nasenscheidewand, oft von Nebensächlichem verdrängt, während er die Neigung hat, mit der Sache nur entfernt Verbundenes ausführlich und mit Eifer darzu-

stellen, falls es Dinge sind, in welchen er besondere Erfahrungen hat. Es ist daher das Katz'sche Buch nicht ein regelmässig aufgebautes, ausführlich alle Einzelheiten enthaltendes Nachschlagewerk für Specialisten, wie man berechtigter Weise aus dem Titel schliessen würde, sondern eine ungleiche Zusammenstellung weitläufiger, bisweilen nur entfernt zur Sache gehörender Erwägungen, verbunden mit oft sehr kargen Beschreibungen dieser Sache selbst. Ein Fehler des Buches ist auch der Mangel einer genügenden Zahl den Inhalt erklärender Bilder.

In einer Einleitung, in welcher das knöcherne Septum eine „von der Schädelbasis belastete Strebewand" genannt wird, wird diese angebliche Belastung und die dadurch verlangte Stärke dieser Strebewand als Grund für den knöchernen Aufbau des hinteren Scheidewandabschnittes aufgeführt, im Gegensatze zur knorpeligen Consistenz des vorderen Theils des Septums, welcher deshalb nur knorpelig sein soll, weil er bloss für den Nasenrücken als Stütze diene.

Die Schädelbasis ruht doch auf der Wirbelsäule und belastet diese vermittelst des Hinterhauptbeins. Die Nasenscheidewand, die Oberkiefer und die Gaumenbeine bilden einen sich nach unten erstreckenden Fortsatz der Schädelbasis, welcher frei von ihr nach abwärts ragt, auf nichts ruht und folglich nicht als Träger einer Last wirksam ist. Es giebt daher keine „Belastung der knöchernen Scheidewand durch die Schädelbasis" und diesem starkgefügten Knochenbau würde die zerbrechliche Scheidewand kaum als Stütze dienen können. Was das knorpelige Septum betrifft, so ist es augenscheinlich deshalb knorpelig, damit es durch seine elastische Biegsamkeit äusseren Gewalten ausweichen kann.

In der Beschreibung der Untersuchung der Nasenscheidewand wird, nach dem gewöhnlichen Brauche, die Einführung des Speculums als Anfang der Besichtigung der Nasenhöhle angegeben. Ich möchte hier auf die Wichtigkeit des Beginns der Inspection bei natürlicher Lage der Nasenflügel ohne Spreizung mit dem Speculum hinweisen. Auf diese Weise werden durch Scheidewandverbiegungen oder Verdickungen erzeugte Stenosen des Naseneingangs entdeckt, welche durch die Erweiterung des Nasenvorhofs mit dem Speculum aufgehoben und deshalb übersehen werden. Als Voract für diese Untersuchung ohne Speculum ist es bisweilen nothwendig, die das Sehen hindernden Nüsternhaare wegzuschneiden.

Zur Beleuchtung wird von Katz die meiner Ansicht nach für die Erhellung der tieferen Theile der Nasenhöhle unentbehrliche Kirstein'sche Stirnlampe nicht erwähnt und anstatt derselben eine Lampe empfohlen, welche nicht wie die von Kirstein nach dem Princip des „leuchtenden Auges" gemacht ist und folglich den Nasenhintergrund im Dunkeln lässt. Das Modell, welches Katz empfiehlt, habe ich deshalb schon vor Jahren aufgegeben.

Zur Localanästhesie gebraucht Katz Alypin und Novocain und betrachtet das Cocain als schon durch diese neueren Mittel verdrängt. Sie sind meiner Ansicht nach nur ein unzuverlässiger Ersatz für Cocain und nicht geeignet, dieses ideale, tiefwirkende örtliche Betäubungsmittel in Vergessenheit zu bringen. Wird das Cocain in fester Form in Gestalt von feinsten Krystallen mit Adrenalin befeuchtet aufgetragen, so wird so gut wie niemals Intoxication vorkommen, weil man in solcher Concentration mit kleinsten Mengen des Cocains eine viel tiefere Anästhesie erzielt, wie mit viel grösseren in den üblichen Lösungen.

In dem Abschnitt über die Difformitäten der Nasenscheidewand wird das Nebenthema der nasalen Reflexneurosen zu ausführlich erörtert.

Die Spinae zerstört K. mit dem Spitzbrenner oder schneidet sie mit dem Moure'schen Messer ab. Leisten, welche nicht mit Deviation verbunden sind, meisselt er weg. Meiner Erfahrung nach kann man lange suchen, bis man eine derartige Spina findet. Früher fand auch ich manchen Vorsprung am Septum, welcher mir eine von der geraden Scheidewand entspringende Leiste zu sein schien und ich meisselte auch solche weg, bis mir die ungenügende Vergrösserung des Luftstroms, unerwartete Perforationen, und vor Allem genauere Besichtigung der Scheidewand im anderen Nasenloche mir zeigten, dass fast alle Leisten nur Bestandtheile von Verbiegungen sind, und mit diesen durch die submucöse Resection entfernt werden müssen, ehe man genügend freie Bahn durch das verengte Nasenloch bekommt.

Für die Geraderichtung der Nasenscheidewandverbiegungen gebraucht K. ausschliesslich die submucöse Resection nach Killian. Er betrachtet sie als einen „kleinen rhinologischen Eingriff", der in 15 bis 30 Minuten zu machen sei. Wer die Operation gründlich ausführt, mit gänzlicher Entfernung der fast in jedem Falle vorhandenen knöchernen Verbiegung, einschliesslich der fast immer umgebogenen Crista incisiva und des vorderen, am Nasenboden liegenden Theils des Vomers, wird die submucöse Resection nicht als eine unbedeutende rhinologische Manipulation, sondern als eine chirurgische Operation betrachten, deren schonende Ausführung meiner Erfahrung nach meistens eine Stunde erfordert, wenn man nicht durch zu rasches und unüberlegtes Vorgehen Perforationen und andere Nebenverletzungen erzeugen will.

Wer meint, mit dem Herausschneiden einer Knorpelscheibe mit dem Drehmesser und dem Abmeisseln des hervorragendsten Theils der knöchernen Verbiegung als „Leiste" eine submucöse Resection gemacht zu haben, der kann allerdings in geeigneten Fällen in wenigen Minuten fertig werden.

Zum Schluss sagt Katz, es sei erstaunlich, mit wie wenigen Instrumenten man bei der submucösen Resection auskommen könne und dass „in der Beschränkung sich erst der Meister zeige". Für den in dem Verfahren Unerfahrenen klingt dieser Ausspruch sehr überzeugend. Wer aber oft Resectionen macht, wird bald finden, dass die vielen Besonderheiten der Verbiegungen eine gute Auswahl ihnen angepasster Instrumente verlangen und dass es kein Vorzug sei, mit entweder ungenügendem oder unzweckmässigem Apparate das leisten zu wollen, was der Erfahrene nur mit klug ersonnenem Werkzeug vollbringen kann. Eben weil sie mit unpassenden Instrumenten und unzureichenden Operationsmethoden anfingen und deshalb viele Perforationen machten, haben manche Specialisten in Amerika leider die submucöse Resection schon aufgegeben, und einige prophezeien sogar das Verlassen dieser unübertrefflichen Operation.

Bei der Beschreibung der Brüche der Scheidewand wird auf die geschützte Lage des knöchernen Septums hingewiesen, welche Knochenbrüche desselben, ausser durch Gesichts- und Nasenknochen zertrümmernde Gewalt, unmöglich machen. Die grosse Seltenheit von Brüchen des Scheidewandknorpels, ohne zur gleichen Zeit vorkommende Brüche der Nasenbeine, wird betont.

Das Capitel über die Tuberculose der Nasenscheidewand behandelt die Nasentuberculose und den Lupus im Allgemeinen und zwar sehr weitläufig. K. wirft die Frage auf, ob es eine primäre, direct in die Schleimhaut eingeimpfte Tuberculose gebe und kommt zu einem bejahenden Schluss, betrachtet aber als die Norm die lymphogene oder hämatogene Infection. Wäre diese das Gewöhnliche, so würde die Nasentuberculose meist in der Tiefe in dem knöchernen Gerüste der Nase beginnen, während doch Nasentuberculose und Lupus fast immer, als ob direct eingeimpft, in der Oberfläche der Schleimhaut anfangen.

Unter den Behandlungsmethoden wird die so gute Dienste leistende Resection des mit Tuberculose behafteten Theils der Nase mit Messer und schneidender Zange nicht erwähnt.

Der Abschnitt über Syphilis der Nasenscheidewand enthält eine lange Abhandlung über die Syphilis überhaupt, einschliesslich der Spirochaeta pallida. K. sagt bei Besprechung der Coryza syphilitica hereditaria der Neugeborenen, dass sie meist nur eine Begleiterscheinung der Erkrankung der knöchernen Scheidewand sei. Der allgemeinen Auffassung zufolge ist doch der syphilitische Schnupfen der Säuglinge nur ein oberflächlicher Katarrh der Nasenschleimhaut, welcher nur selten mit Knochenerkrankung verbunden ist.

Das Capitel über die malignen Geschwülste der Nasenscheidewand bringt Bekanntes in guter fasslicher Form.

Unter dem Titel: „Die circumskripten Entzündungen der Nasenscheidewand" fasst K. die Perichondritis, das Haematoma, den Abscess und das Ulcus perforans zusammen, und sagt, dass sie nur verschiedene Formen desselben Processes seien. Da das Ulcus septi ein an der Oberfläche beginnendes, in die Tiefe dringendes Geschwür und das Haematoma und der Septumabscess in der Tiefe beginnende, die Knorpelhaut abhebende Blut- und Eiteransammlungen sind, so scheinen sie doch pathologisch zu verschieden zu sein, um als Phasen eines einzigen Vorgangs zu gelten und meiner Ansicht nach sind sie ihrem Verlauf und Wesen nach grundverschiedene Dinge.

Eine wichtige Folge des Septumabscesses erwähnt K. nicht: die von ihm oft erzeugte Schrumpfung und Knickung der erweichten knorpligen Scheidewand, welche ein Einsinken des Nasenrückens und bedeutende Entstellung verursacht, falls die Knorpelhautentzündung weit genug nach vorn reicht, um den knorpeligen Nasenrücken anzugreifen.

Durch bessere Beschränkung auf sein Thema und eine grössere Bilderzahl wird dieses, trotz seiner Fehler interessante Werk in künftigen Auflagen sehr gewinnen. Otto Freer (Chicago).

---

b) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. April 1908.

Gyergyai (a. G.) spricht über einen Fall von Auftreibung der Oberkieferhöhle nach vorn und unten bei einem 8jährigen Mädchen, die, wie die Operation zeigte, durch eine durch den mittleren Nasengang in die Nase durch-

gebrochene Cyste hervorgerufen war und eine Sinusitis cum dilatatione vorgetäuscht hatte.

Finder berichtet über einen Fall von Kehlkopftuberculose und Gravidität. Die 24 jährige Patientin hat innerhalb $2^1/_2$ Jahren drei Schwangerschaften überstanden, von denen die erste künstlich unterbrochen wurde, die zweite zu einem normalen Ende mit Geburt eines gesunden Kindes führte und die dritte spontan unterbrochen wurde, ohne dass eine Verschlechterung des Larynxbefundes eingetreten wäre, vielmehr ist derselbe weit günstiger als im Anfang.

Davidsohn erwähnt einen Fall, in dem während der Schwangerschaft und nach einem Abort im 5. Monat die Larynxtuberculose sich besserte resp. nicht verschlechterte.

Herzfeld zeigt verschiedene Instrumente (Meissel, Scheere, Feile), die er bei submucöser Septumresection, Entfernung von Leisten u. s. w. benutzt.

Jansen führt die submucöse Septumresection schon seit 15 Jahren aus. Er legt den Knorpel frei und macht durch ihn einen Kreuzschnitt, hebt ihn von der Schleimhaut der anderen Seite ab und entfernt die vier Enden mittelst seines „Knipsers". Weiter benutzt er für den knöchernen Theil Hohlflachmeissel. Zum Schluss legt er eine Naht an.

Levinstein: Histologie der Seitenstränge und Granula bei der Pharyngitis lateralis und granulosa.

Beim Granulom finden wir Schleimdrüsen und an der Oberfläche mündenden Ausführungsgang; um ihn Ansammlung zahlreicher Lymphocyten, auf ihnen zum Theil verdünntes, zum Theil durchwandertes Epithel. Bei der Pharyngitis lateralis erhebliche lymphatische Infiltration des Bindegewebes, darunter ein sehr starkes Packet von Schleimdrüsen, darüber eine zum Theil verdünnte, zum Theil durchwanderte und von Schleimdrüsenausführungsgängen durchbohrte Epitheldecke. Zwischen Granula und Seitenstrang besteht also nur ein gradueller Unterschied, insofern bei letzterem die Lymphocyteninfiltration einen erheblich höheren Grad erreicht.

Jansen zeigt eine Reihe von Röntgenbildern von Nasennebenhöhlen, die die Schwierigkeit der Diagnose demonstriren.

Sitzung vom 15. Mai 1908.

Lebram stellt einen Patienten mit ulcerirendem Plattenzellencarcinom der Tonsille vor, das eine Zeit lang durchaus den Eindruck einer syphilitischen Affection machte.

Rosenthal zeigt eine Kranke, bei der wegen ausgebreiteter Kehlkopftuberculose nach mehreren endolaryngealen Eingriffen die Laryngofissur und Heissluftkauterisation angewendet wurde. Nach 3 Monaten Recidiv an der hinteren Wand.

Holländer ist mit dem Erfolg zufrieden, weil die schwere Athemnoth, an der Pat. litt, bis jetzt beseitigt ist. In einem anderen Falle schwerer Kehlkopftuberculose hat er nach Spaltung des Larynx diesen ebenfalls ausgebrannt und damit alles Krankhafte entfernt. Vernarbung erzielt.

E. Meyer, der diesen Patienten gesehen, bestätigt dies. In dem vorgestellten Falle könnte es sich wohl um Lupus gehandelt haben.

Rosenberg ist derselben Meinung.

Levinstein demonstrirt einen Patienten mit einer Tonsilla succenturiata, die von der Plica salpingo-pharyngea bis zur Mittellinie des Rachens reicht.

Grabower zeigt das Präparat eines Oesophaguscarcinoms von dem in der vorletzten Sitzung vorgestellten Patienten; es war in die Trachea durchgebrochen und hatte eine Recurrenslähmung gemacht; man sieht die Postici und Vocales degenerirt.

Alexander demonstrirt die mikroskopischen Präparate von hinteren Enden der unteren Muscheln, die die als Epitheldrüsen beschriebenen Gebilde zeigen, seiner Meinung nach aber solche nicht sind.

Lennhoff zeigt eine Zange zur Entfernung von Resten von adenoiden Vegetationen.

Katzenstein demonstrirt eine Halselektrode, deren federnder Bügel aus isolirendem Material hergestellt ist.

E. Meyer: Die submucöse Septumresection.

Er macht sie im Wesentlichen nach Killian's Angaben, aber mit den Freer'schen Instrumenten. Anästhesie mit Cocain, bei Kindern mit Novocain. Der Hajek'sche Schnitt ist nur zu empfehlen bei Subluxationen, der Freer'sche bei starken Leisten. Den Killian'schen Schnitt verlängert er bis auf den Nasenboden oder auch lateralwärts bis an die untere Muschel. Statt mit dem Killian-schen Speculum lässt er die abgelösten Schleimhautblätter mittelst zweier langer, stumpfer Haken auseinanderhalten. Zur Resection des Knorpels benutzt er das Ballenger'sche Messer; zu der des Knochens den Meissel. Man soll nur so viel fortnehmen, als zur Erreichung eines guten functionellen Resultates nöthig ist. Der Vomer wird nach Killian's Vorschrift eventuell entfernt. Eine Naht ist überflüssig. Nach der Operation Tamponade. Auch bei mit Nebenhöhleneiterung complicirten Fällen gab es immer eine prima intentio.

Die Indicationsstellung ist genau zu erwägen, im Ganzen wird zu viel operirt. Besteht bei Nasenstenose neben der Deviation eine Muschelschwellung, so ist die Beseitigung der letzteren event. der Resectiou des Septum vorzuziehen.

Halle: Absolut indicirt ist die Operation bei Verhinderung der Nasenathmung, Erschwerung eines endonasalen Eingriffes bei Nebenhöhlenempyem, reflectorischen Reizen auf andere Organe und verengenden Subluxationen; eine relative Indication besteht bei gleichzeitiger Muschelschwellung. H. hat in $4^1/_2$ Jahren 500 Septumresectionen vorgenommen.

Er verlängert den Killian'schen Schnitt nach unten und vorne oben; er beginnt am Boden und steigt nach vorne oben bogenförmig auf; zur Resection benutzt er das Ballenger'sche Messer. An der Tubercula septi finden sich manchmal enorme Verdickungen, die zu verschmälern sind.

Bei Subluxation legt er den Schnitt möglichst nach vorne zwischen subluxirtem Knorpel und seiner indifferenten Zone (wo er gerade steht); Abheben

der Schleimhaut nach hinten und der Haut nach vorne; Schnitt durch den Knorpel an der hinteren Grenze der Subluxation in stumpfem Winkel nach vorne oben; Herausnahme des subluxirten Knorpels von hinten her. Hinterer Schnitt durch den Knorpel an der vorderen Grenze der Deviation. Fortsetzung der Operation wie oben.

Um dem Septum mehr Halt zu geben, implantirt er nach der Operation zwischen die Schleimhautblätter ein gerades Knorpelstück, das immer einheilt.

Anästhesie erzeugt er durch Einreiben von 10proc. Cocain.

Peyser: Man soll die Operation nur machen, wenn man eine objective Behinderung der Einathmung nachgewiesen hat.

M. Senator: Auch von ersten Operateuren behandelte Patienten zeigen zuweilen 14 Tage p. o. Perforationen des Septum; vielleicht erleiden Gefässe, lymphatischer Apparat und trophische Nerven bei der Operation eine Verletzung, so dass eine Nekrose entsteht. Manche Kranke klagen später über Wundsein in der Nase, vermehrte Schleimabsonderung und verschiedene Sensationen.

Die weitere Discussion wird vertagt.

Sitzung vom 5. Juni 1908.

Rissom stellt einen Pat. mit chronischem Malleus vor. Es findet sich ein Geschwür an der Oberlippe, das auf den Oberkiefer übergegriffen und einen Theil des Alveolarfortsatzes zerstört hat (5 Zähne sind ausgefallen); es schreitet weiter auf den harten Gaumen, an dem man auch mehrere tiefgreifende Narben sieht. Rechte hintere Gaumenbogen an der Hinterwand angeheftet, Defect der Uvula, Perforation des Velum, Narben an der hinteren Wand.

Der Geschwürsrand ist weich, Wassermann'sche Syphilisprobe negativ. Pat. hatte mit rotzigen Pferden zu thun, sein Vater starb an Malleus; er selbst hatte einen rotzigen Abscess am Arm, der ausheilte, 3 Monate später Allgemeinerscheinungen (Nierenerkrankung). Unter Jodkaligebrauch Fortschreiten des Leidens. Schliesslich gelang die bacteriologische Bestätigung der Rotzerkrankung. Locale Antiforminbehandlung hat eine gewisse Besserung gebracht.

Levinstein demonstrirt einen Fall von Rhinosklerom. Es besteht jetzt 7 Jahre. Die unteren Muscheln sind in je einen blassrothen, bei Berührung leicht blutenden, ziemlich harten Wulst verwandelt. Pharynx normal, Larynxschleimhaut blass; subglottisch, beiderseits dicke blassrothe glatte Wulste.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag von

E. Meyer: Die submucöse Septumresection.

Finder wendet sich energisch gegen die zu breite Indicationsstellung Halle's, die der Willkür Thür und Thor öffnet. Die subjectiven Angaben des Patienten sind nicht immer maassgebend; nur zwingende Gründe dürfen uns zur Operation bestimmen.

Bruck verwendet die Infiltrationsanästhesie. Für die Fortnahme des Vomer benutzt er die Brünings'sche Zange, zum Spreizen der Schleimhautblätter das Killian'sche Speculum, zur postoperativen Tamponade lange Wattestreifen, nicht Jodoformgaze.

Rosenberg: Bei gleichzeitiger Deviation des Septum und Muschelhyperplasie ist die Beseitigung der letzteren eventl. vorzuziehen. Zur Anästhesirung des Septum verwendet er die submucöse Injection. Die Killian'sche Operation muss sich für manche Fälle gewisse Modificationen gefallen lassen; der erste Schnitt wird gelegentlich am Nasenboden nach hinten verlängert; manchmal kann man nach Ablösung der Schleimhaut gegen das auf der concaven Seite liegen gebliebene Elevatorium den Knorpel durchschneiden. Leisten ohne erhebliche Deviation entferne man submucös — nach Zurückschlagen eines breiten Schleimhautlappens — ohne Septumresectionen.

Lewy: Es ist noch festzustellen, wie viel man vom Septum reseciren kann, ohne eine Sattelnase zu erhalten.

Schötz spricht sich gegen die zu häufige Septumresection aus und fragt Halle, auf wie viel Patienten seine 500 Operationen kommen.

Scheier fragt nach der Häufigkeit der Perforation nach der Operation.

Fränkel hat nie eine Sattelnase nach der Operation entstehen sehen.

Halle nimmt für sich die Priorität in Anspruch für die Art der Operation bei Subluxationen und die Implantation eines Knorpelstücks. Die Zahl der Patienten, unter denen er 500 Septumresectionen gemacht hat, beläuft sich auf etwa 8000. Die Dauer der Operation ist durchschnittlich 7—15 Minuten.

E. Meyer: Die Operation ist nur bei stricter Indication vorzunehmen. Bei gleichzeitiger Muschelhyperplasie ist zunächst diese zu beseitigen. Für die Anästhesirung ist die submucöse Injection der Einreibung von Cocain vorzuziehen. Ein und derselbe Schnitt eignet sich nicht für alle Fälle. Perforationen passiren nur dem Anfänger. Der Geübte kann beliebige Instrumente verwenden. Postoperative Tamponade hält er für zweckmässig. A. Rosenberg.

---

b) Verein süddeutscher Laryngologen.

XV. Tagung, Pfingsten, 8. Juni 1908*).

Vorsitzender: Vohsen (Frankfurt a. M.)

Am Vorabend des 7. Juni hielt Killlian (Freiburg i. Breisgau) einen Vortrag: Eine wissenschaftliche Reise in Nord-Amerika.

Am 8. Juni eröffnet der Vorsitzende die Sitzung mit einem Nachruf für die Herren Tobold, von Schroetter und Moritz Schmidt.

1. Brünings (Freiburg i. Breisgau): Ueber die Beleuchtungsprincipien endoskopischer Rohre.

Brünings unterscheidet drei Typen.

1. Rohre mit Innenlampe, d. s. Endoskope, bei denen Licht von einem in der Nähe des eingeführten Endes befestigten Glühlämpchen ohne Condensator geliefert wird.

---

*) Die Verhandlungen erscheinen ausführlich bei O. Kabitsch (A. Stuber), Würzburg.



Brünings nennt Untersuchung blasenförmiger Organe „Cystoskopie“, röhrenförmiger „Syringoskopie“. Bei ersterer liegt die Hauptebene der zu beleuchtenden Organfläche senkrecht zur Blickrichtung, die einzelnen Punkte sind ziemlich gleichweit vom Rohrende entfernt, daher Glühlampe am Rohrende ohne Condensation empfehlenswerth. Ganz anders bei Syringoskopie, hier ist die Normale der zu beleuchtenden Fläche parallel zur Blickrichtung orientirt und die Entfernung ihrer einzelnen Punkte ist ganz verschieden, bei Gebrauch von endständiger Glühlampe werden daher (Abnahme der Lichtintensität mit Quadrat der Entfernung) verschiedene Punkte ganz verschieden beleuchtet, in grösserer Tiefe hört die Beleuchtung ganz auf, Uebersicht und Sicherheit der Orientirung fehlen. Bei Wahl eines Bronchoskops ist auf Tiefenhelligkeit gerade zu achten. Das Princip des Rohres mit Innenlampe ist für syringoskopische Zwecke ungeeignet.

2. Rohre mit Aussenlampe als Stirnlampe oder als festes Elektroskop. So wenig dieses Princip — abgesehen von bestimmten Specialaufgaben — für cystoskopische Arbeiten zu empfehlen ist, so vortrefflich eignet es sich für die Syringoskopie und zwar ebenso wohl durch ausreichende Lichtleitung wie durch methodisch-constructive Vortheile. Die gute Lichtleistung im Gegensatz zur Innenlampe beruht darauf, dass ihrer Lichtstärke keine Grenzen gesetzt sind, denn sie lässt sich durch Anwendung von Reflectoren gänzlich ausserhalb des Gesichtsfeldes verlegen und es kann eine bis zur Parallelität gehende Condensirung der Strahlen erreicht werden. Möglichst parallelstrahliges Licht ist bei Anwendung von Aussenlampen unerlässlich, weil andernfalls der Verlust an Lichtintensität zu gross wird, die Blendung von der Rohrwand aus stört. Die Brünings'sche Beleuchtungsvorrichtung (s. auch Verhandlungsbericht 1907) verwirklicht diese Vorzüge.

3. Rohre mit Aussenlampe und verdeckter Lichtleitung.

Dieses Princip ist am einfachsten ausgeführt durch ein Rohr mit Scheidewand, welche einen Raum für Durchsicht und Instrumente von einem für Lichtleitung trennt. Brünings demonstrirt ein in dieser Weise construirtes Rohr mit halkreisförmigem Querschnitt des Lichtschachtes als dem für die Projection des Lichtes günstigsten. Brünings hält das Princip der Aussenlampe mit verdeckter Lichtleitung für verfehlt und bezeichnet daher auch die von L. von Schroetter angegebene Elektroskopgattung als wenig glücklich. Hier ist ein ringförmiges Glasrohr als Lichtschacht eingefügt; am oberen trichterförmig verdickten Ende des Glasrohrs sind mehrere kleine Glühlampen angebracht, deren Licht innerhalb der Glasrohrwand nach unten gespiegelt wird, um an der unteren Querschnittfläche auszutreten. Brünings setzt die Nachtheile, welche diese Construction nach seiner Ansicht hat, wie mangelhafte Ausnützung des lichtleitenden Querschnitts, Raumbeschränkung etc. auseinander.

Es ist daher der Aussenlampe ohne getrennten Lichtschacht der Vorzug für syringoskopische Zwecke zu geben, nicht allein wegen der grösseren Helligkeit, die sie gewährt, sondern mindestens ebenso sehr wegen folgender Vorzüge: Leichte Einführbarkeit, Gesichtsfeldgrösse, einfache Handhabung, Betriebssicherheit, Wohlfeilheit. Diese werden des Näheren ausgeführt.

Discussion: Denker, Brünings, Schlusswort.

2. Körner (Rostock): Analogien im klinischen Verlaufe der Oculomotorius- und Recurrenslähmungen.

Wenn ein otogener Hirnabscess im Schläfenlappen einigermassen gross wird, so schädigt er oft den Stamm des Oculomotorius an der Schädelbasis und führt dadurch eine gleichseitige Lähmung dieses Nerven herbei. Stets erliegen zuerst diejenigen Nervenfasern, die den Heber des oberen Lides versorgen, oder diejenigen, die zum Sphincter iridis ziehen, oder diese beiden Faserzüge zusammen, so dass zuerst die Ptosis oder Mydriasis, oder Ptosis und Mydriasis entsteht, während die vom Oculomotorius versorgten, den Bulbus bewegenden Muskeln, wenn überhaupt, erst später gelähmt werden. Albert Krapp hat gezeigt, dass die gleiche Erscheinung auch bei Tumoren des Schläfenlappens beobachtet wird. Redner hat hierin schon 1894 ein Analogon für das frühzeitige Erliegen der zum Posticus führenden Fasern bei Stammschädigungen des Recurrens erkannt. Er setzt auseinander, warum es sich hier um Stammlähmungen des Oculomotorius und nicht um Kernlähmungen handelt. Ferner hebt er hervor, dass die Reihenfolge und Auswahl im Erliegen der einzelnen Fasern des Oculomotorius bei Kernlähmungen keine derartige Gesetzmässigkeit zeigt. Dies legt den Gedanken nahe, dass auch bei Kernlähmungen des Vagus die von dem Semon'schen Gesetze geforderte Uebereinstimmung im Verlaufe der Stamm- und Kernlähmungen nicht zu erwarten ist. Nachdem Arnold Cahn gezeigt hat, dass die vermeintlich bulbäre Posticuslähmung der Tabiker in Wirklichkeit durch eine periphere Neuritis verursacht wird, ist die Hauptstütze für den die bulbären Lähmungen betreffenden Theil des Semon'schen Gesetzes gefallen. Wie Redner weiterhin auseinandersetzt, ist das Semon'sche Gesetz bei Bulbäraffectionen überhaupt nicht gültig.

Discussion: Vohsen: Das primäre Erliegen der Erweiterer kann nicht als Stütze der Aufbrauchtheorie angesehen werden.

Ehrenfried weist auf die Analogie der bei Recurrenslähmung auftretenden Pendelzuckungen mit den bei Oculomotoriuslähmung auftretenden nystagmusartigen Zuckungen hin.

3. Goris (Brüssel): Radicale Operation eines beginnenden Sarkoms der Nasenscheidewand.

Kleine, sehr leicht blutende Geschwulst am knorpeligen Theil des Septums bei 24 jähriger Dame. Abtragung, Recidiv. Mikroskopischer Befund: Rundzellensarkom. Operation.

Nach Umklappen des linken Nasenflügels, die Knochentheile mit inbegriffen, lag das Operationsfeld ganz frei, und konnte die kleine Geschwulst mit ungefähr 1 cm gesundem Knorpel rund ausgeschnitten werden.

Da diese Operation eine Durchlöcherung der Wand zurückliess, wurde von der Nasenschleimhaut ein ziemlich breiter Lappen von oben nach unten gelöst, und an den Rändern der Durchlöcherung mit dünnem Catgut festgenäht und die Nase wieder geschlossen.

4. Guyot-Genf. Tumorartige Tuberculose der Nase und der Kieferhöhle.

Frau von 25 Jahren, im fünften Monat schwanger. Keine erbliche Belastung.

Seit Beginn der Schwangerschaft litt sie an Unwohlsein, das sie ziemlich schwächte.

Seit drei Monaten ungefähr constatirte Patientin eine Behinderung der Nasenathmung auf der linken Seite. Keine Schmerzen, mitunter Ausfluss gelblichen Schleimes.

In der linken Nasenhöhle dunkelrother, himbeerähnlicher Tumor, stellenweise mit Schleim bedeckt, bei der leisesten Berührung blutend. Der Tumor von Mandelgrösse war ziemlich beweglich und schien von der mittleren Muschel auszugehen. Nach Entfernung zweier grosser Fragmente, ohne namhafte Blutung, zeigte es sich, dass der Stiel vom mittleren Nasengang ausging. Die Nasenhöhle war sonst ganz normal. Die Diaphanoskopie ergab normalen Status des Sinus maxillaris, der durchscheinend war. Eine Probepunction durch den unteren Nasengang ergab weder Eiter noch sonstige Flüssigkeit. Dagegen liess sich nur eine sehr kleine Quantität Wasser injiciren, wobei sich die normale Oeffnung des Sinus verlegt zeigte, offenbar durch den Stiel des Tumors, was sich nach Resection des vorderen Theiles der mittleren Muschel bestätigte.

Untersuchung mit Salpingoskop ergab, dass der grösste Theil der Sinusschleimhaut normal war bis auf den hinteren inneren Winkel des Sinus, der vollkommen mit knolligen Wucherungen erfüllt erschien.

Die mikroskopische Diagnose wurde auf ein entzündetes weiches Fibrom gestellt, mit dem Vorbehalt, dass an anderen Stellen die Neubildung sarkomatös sein könnte.

Nach breiter Eröffnung in der Fossa canina constatirte man im hinteren oberen Sinuswinkel eine Granulationsmasse, die sich als Tumor nach der nasalen Oeffnung des Sinus fortsetzte. Der Sinus wurde sorgfältig curettirt, die nasale Wand und die mittlere Muschel resecirt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab nunmehr Tuberculose. Guyot weist des weiteren auf die Schwierigkeit der differentiellen Diagnose dieser Tumoren hin.

Discussion: Killian hat mehrfach tuberculöse Nasentumoren beobachtet. In einem Falle ging die Wucherung vom Siebbein aus. Die Tumoren lassen sich leicht auslöffeln und zeitweise oder ganz zur Heilung bringen.

Offenbar handelte es sich bei diesen Wucherungen um eine hypertrophische Form des Lupus.

5. Manasse-Strassburg i. E. Zur Pathologie und Therapie der malignen Nebenhöhlengeschwülste.

48jährige Patientin, die seit längerer Zeit an rechtsseitigem Kopfweh und Nasenverstopfung leidet; auch hat sie eine Geschwulst am rechten inneren Augenwinkel bemerkt.

Objective Untersuchung: Am rechten oberen Augenlid und im rechten inneren Augenwinkel eine Schwellung, unter dem Lid und unter dem Arcus supraorbitalis eine prall elastische Geschwulst zu fühlen; hier ein deutlicher Knochendefect mit scharfen Rändern. — Linke Nase normal; rechts hängt am Nasendach eine grosse Geschwulst fast bis auf den Nasenboden herab, offenbar

die mittlere Muschel darstellend; der Tumor ist teigig, fast cystisch bei der Betastung.

Diagnose: Mucocele des Siebbeins und des Stirnbeins.

Probepunction ergab abgestorbene Epidermislamellen mit wenigen Cholestearin-Krystallen. Die mikroskopische Untersuchung des nunmehr abgetragenen Sackes zeigte einen aus derbem Bindegewebe bestehenden Sack, der inwendig mit Plattenepithel ausgekleidet ist. Auf der Innenfläche dieser Wand erheben sich kleine Höcker, die sich im wesentlichen aus dicht beieinanderliegenden Spindelzellen zusammensetzen, demnach ein typisches Spindelzellensarkom darstellen. Ausräumung des Tumors aus Stirnhöhle und Siebbein — Heilung. Die Untersuchung dieser ausserordentlich interessanten Mischgeschwulst wird fortgesetzt.

6. Arth. Meyer: Präparate eines Falles von leukämischer Affection des Kehlkopfs.

49jähriger Maler, seit drei Monaten Dyspnoe und Husten. Neben zwei flachen linsengrossen Knoten an den aryepiglottischen Falten unterhalb der Stimmbänder eine seitliche, symmetrisch angeordnete ebene Schwellung von blassgrauröthlicher Farbe, von intacter Schleimhaut bekleidet. Dieselbe liess ein Lumen von nur 2—3 mm frei. Der Verdacht auf Leukämie wurde durch Drüsenschwellungen am Halse und das Blutpräparat bestätigt, welches überwiegend Lymphocyten und eosinophile Zellen ergab. — Zunahme der Schwellung, Tracheotomie. Anschliessend an diese trat Fasciennekrose und Bronchopneumonie ein, die zum Exitus führte.

Die mikroskopische Untersuchung ergab: Die Knorpelkapsel ist zum grossen Theil verknöchert, der Markraum von kleinzelliger Infiltration ausgefüllt, dazwischen Spongiosabälkchen und Bluträume. Die ganze Mucosa und Submucosa ist gleichfalls mit Rundzellen ausgefüllt, die sich auch zwischen die elastischen Fasern des periglandulären und perichondralen Gewebes drängen und die Drüsenacini in grossen Mengen umgeben. Auch einzelne Gefässe zeigen innerhalb der elastischen Wand solche Infiltrate, welche das Lumen verengern und stellenweise verschliessen.

7. Kander (Karlsruhe): Kleinhirnbrückenwinkeltumor mit Ausfluss von Liquor cerebrospinalis aus der Nase. Demonstration.

60 jährige Patientin, die seit 10 Jahren an einer Gehstörung, seit 3—4 Jahren an Schwindel und Kopfschmerzen leidet. Seit 3 Jahren rechts zunehmende Schwerhörigkeit.

Befund: Sensorium frei, Sprache gut. Gang spastisch-paretisch mit Vorherrschen der spastischen Erscheinungen. Beiderseits Babinsky und gesteigerte Patellarreflexe. Sensibilität normal. Stauungspapille beiderseits. Rechts Parese des mittleren und unteren Facialisastes, Taubheit, rechte Zungenhälfte atrophisch. Links Lähmung des Trigeminus (linke Gesichtshälfte gerötet, Sensibilität herabgesetzt), motorischer Ast normal.

Im weiteren Verlauf Erbrechen, erhöhte Pulsfrequenz, Atrophie der rechten Papille, beider Zungenhälften, alle drei Facialisäste gelähmt. Nach fünf Monaten aus rechter Nase Träufeln von Liquor cerebrospinalis, der $^1/_4$ pM. Albumen ent-

hält. Lympho- und Leukocyten, spec. Gewicht 1011—1012. Methylenblau in der Lumbalgegend in den Duralsack eingespritzt, verändert die aus der Nase ablaufende Flüssigkeit nicht.

Diagnose: Pons-Oblongatatumor.

Section: Kleinapfelgrosser Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel rechts, der die deckende Dura und die Pyramide des Os petrosum und die benachbarten Theile des Os sphenoidale zerstört hat. Wird auf diese Stelle der Schädelbasis Wasser aufgeträufelt, so läuft es durch die rechte Nasenhälfte ab. Der Tumor hat die rechte Pons-Oblongatagegend zur Hälfte vollkommen comprimirt, Facialis und Acusticus sind in ihm aufgegangen, der Trigeminus ist zu einem schmalen Band zwiscchen Pons und Tumor comprimirt. Ein Theil der rechten Kleinhirnhälfte ist in den Tumor aufgegangen. Ein kleiner kirschkerngrosser Tumor, der den Ursprung des linken Trigeminus umfasst, beweist, dass wir es bei dem rechtsseitigen Tumor mit einem vom Nerven ausgehenden Tumor, also einen Acusticustumor zu thun haben.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Gliosarkom.

8. F. R. Nager (Basel): Ueber Nasenrachentumoren.

A. Tuberculome. 7 Fälle von Tuberculose der Rachenmandel bei Patienten reiferen Alters (15—70 Jahre). Die histologische Untersuchung ergab das Bild der Tumorform der Schleimhauttuberculose, des Tuberculoms; in drei Fällen waren noch andere tuberculöse Erkrankungen in Nase und Rachen vorhanden.

B. Nasenrachenfibroide. Drei typische, früh diagnosticirte Fälle ohne erhebliche Ausläufer, die daher mit Hilfe der Zange von Escat leicht per vias naturales zu entfernen waren. Kein Recidiv, die Patienten standen alle dem Schluss der Wachsthumperiode nahe, was die Prognose günstig beeinflusst haben dürfte.

C. Nasenrachensarkom auf pseudoleukämischer Grundlage. Bei 75 jähriger Frau, die früher an profusem, schwer stillbarem Nasenbluten, in letzten Wochen an Ausfluss aus der Nase und behinderter Nasenatmung gelitten hatte, findet sich ausser Leber- und Milzvergrösserung ein walnussgrosser Tumor an der hinteren, oberen Rachenwand. Er geht von der linken Rosenmüller'schen Grube aus und reicht bis zur Höhe der Uvula. Probeexcision ergiebt Rundzellensarkom mit spärlichen Mitosen. Das Blut zeigt den typischen Befund einer Pseudoleukämie. Exitus an Pneumonie. Bemerkenswerth ist der Verlauf.

9. Friedr. Schäfer (München): Ein Untersuchungs- und Operationsstuhl für das Sprechzimmer des Oto-Laryngologen.

Der Stuhl ist hoch und niedrig zu stellen, in verschiedenen Richtungen drehbar und eignet sich daher vorzüglich für die mannigfaltigen Bedürfnisse der laryngo-oto-rhinologischen Praxis. Die näheren Einzelheiten finden sich in den Verhandlungen durch eine Reihe von Abbildungen illustrirt.

10. Jurasz (Heidelberg): Demonstration einer merkwürdigen Anomalie des Nasenrachenraumes.

Im Anschluss an frühere in der Heidelberger Klinik beobachtete Fälle von Faltenbildung im Nasenrachenraum stellt Jurasz einen solchen vor.

Es handelt sich dabei um eine gardinenartige Faltenbildung, welche spindelförmig von einem Tubenwulst über den Choanen zieht und sich mit dem anderen Tubenwulst verbindet. Die überziehende Schleimhaut sieht normal aus, Narben sind nicht zu sehen. Graduell kann diese Gardinenbildung verschieden sein; rudimentäre Fälle, in welchen die Falte seitlich am Rachengewölbe endet, scheinen nicht zu selten zu sein. Welche Bedeutung die Anomalie besitzt, ist bis jetzt nicht bekannt.

Nach Ansicht des Autors sind die Befunde als anatomische Variante oder Missbildung anzusehen, nicht als Narbenstränge.

Discussion. Mann (Dresden) hat ebenfalls derartige Bilder gesehen, deren Entstehung er auf frühere Auskratzung der Rachenmandel zurückführt.

Killian (Freiburg) ist mehr geneigt, die Gardinenbildung auf eigenthümliche Rückbildungsvorgänge im Bereiche der Rachentonsille zu beziehen.

F. Blumenfeld (Wiesbaden), Schriftführer.

---

d) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom November 1906.

Vorsitzender: R. H. Woods.

A. Wylie: Epitheliom der Tonsille.

Es handelt sich um einen 59jährigen Mann; nach sehr radicaler Operation einschliesslich Entfernung der vergrösserten Drüsen trat Heilung ein. 6 Monate nach der Operation kein Recidiv.

Mayo Collier: 1. Fall von Larynxtuberculose.

Die Kehlkopfaffection trat bei einem 33jährigen Patienten im späten Stadium einer chirurgischen Tuberculose hinzu.

2. Doppelte Abductorlähmung.

Zur Diagnose.

Abercrombie: „Tuberculom" des Nasenrachens.

Patient blieb nach Entfernung der Massen mit der Adenoidencurette gesund.

Wyatt Wingrave beschreibt den Tumor; die Diagnose schwankte zwischen Lymphadenom und Tuberculose.

F. Andrews hält das Leiden für Tuberculose.

Harold Barwell: Fall von Gummi (?) des Kehlkopfs.

Discussion.

Andrew Wylie: Tuberculom des Kehlkopfs.

Chichele Nourse: 1. Maligne Erkrankung der Cervicaldrüsen und des Kehlkopfs bei einem 59jährigen Mann.

Die Drüsen waren entfernt worden; man constatirte eine endotheliomatöse Erkrankung derselben.



2. Neubildung des Pharynx.

Wyatt Wingrave: Mikroskopische Schnitte zur Anatomie der mittleren Muschel. (Cfr. Journal of Laryngology, August 1906.)

Sitzung vom Januar 1907.

Vorsitzender: R. H. Woods.

Mayo Collier: 1. Epitheliom des Mundbodens.

Detaillirte Beschreibung einer sehr radicalen Methode zur Entfernung der Zunge und des Mundbodens. Es wird über zwei Fälle berichtet, von denen der eine 7 Jahre nach der Operation an Pneumonie starb, der andere noch 5 Jahre danach ohne Recidiv lebt.

2. Beiderseitige Abductorlähmung (in der vorigen Sitzung vorgestellt).

Harold Barwell: Tuberculöse Ulceration des Pharynx bei einem 17jährigen Mann.

Ausgedehntes Geschwür, jedoch ohne Kachexie oder Dysphagie.

Woods räth, die Geschwüre in der positiven opsonischen Phase auszukratzen.

Nourse beschreibt einen ähnlichen Fall.

Harold Barwell: Gummi (?) des Kehlkopfs. (Vorgestellt in der vorigen Sitzung.)

Incision von aussen liess eine blasse Granulation zu Tage treten, deren mikroskopische Untersuchung ein zweifelhaftes Resultat gab.

Chichele Nourse: Polysinusitis; Demonstration des Resultats der Radicaloperation.

Woods entfernt die Schleimhaut der Stirnhöhle sorgfältig, erweitert den Ductus nasofrontalis nicht und stülpt seine Auskleidung in die Nase hinein. Die Stirnöffnung lässt er offen und es tritt dann Consolidation durch Granulationsbildung ein.

Sitzung vom März 1907.

Vorsitzender: Mayo Collier.

Abercrombie: 1. Maligne Erkrankung des Kehlkopfinnern bei einem 62jährigen Mann. Thyreotomie.

Es wird auch ein 2 Jahre vorher operirter Fall vorgestellt.

2. „Tuberculoide“ Erkrankung der Tonsillen.

Das mikroskopische Untersuchungsergebniss ist ungewiss.

Mayo Collier: Tuberkel des Kehlkopfs.

Chichele Nourse: Fixation des Stimmbandes infolge Tuberculose der linken Aryknorpelgegend.

Andrew Wylie: Recurrenslähmung des linken Stimmbandes infolge Druck durch Drüsenmassen am Halse.

Kelson: Tuberculöse (?) Kehlkopferkrankung.

Wyatt Wingrave: Mycelieninfection der Tonsille bei einem 56 jährigen Mann.

Die Mycelien wurden durch Gram'sche Färbung nachgewiesen. W. hat dies bei einigen Patienten über 50 Jahre, niemals bei Kindern und jungen Menschen gefunden.

Harold Barwell: Larynxtumor. (Vorgestellt November 1906.)

Epitheliom bei einem 28 jährigen Mann.

Sitzung vom Mai 1907.

Vorsitzender: Woods.

Woods: Durchschnittener Hals bei einer 30 jährigen Frau.

Es handelte sich um eine durch Glas beigebrachte, bis auf die Wirbelsäule gehende Schnittwunde in Höhe der Membrana thyroidea. Es hatte sich eine Narbe gebildet, die die Mundhöhle völlig von Larynx und Oesophagus abschnitt. Essen und Athmung geschieht durch ein im Spatium thyreo-hyoideum liegendes Rohr. Der Unfall ereignete sich vor 15 Monaten. In der Narbe entdeckte man ein kleines Loch; dies wurde allmählich bis zur Weite einer gewöhnlichen für Erwachsene berechneten Tracheotomiecanüle dilatirt. Es wurde dann eine besondere Tube eingesetzt und, um zu verhüten, dass der Speichel in die Trachea lief, wurde um das pharyngeale Ende der Tube eine Traufe angebracht, von welcher der Speichel mittels einer kleinen Saugpumpe abgesaugt wurde. Jetzt athmet Patientin durch die Nase und kann sprechen.

Stuart Low: Fall von Stirnhöhlenempyem mit Epilepsie.

Seit Ausräumung der Höhle keine Anfälle mehr.

Nourse hat in einem gleichen Fall keinen Einfluss der Operation auf die Anfälle gesehen.

Jobson Horne: Lymphosarkom des Thorax mit klinischen und pathologischen Beobachtungen.

Pat., ein 49 jähriger Mann, hatte seit Monaten Schluckbeschwerden und starb unter Asphyxie. Man fand im hinteren Mediastinum eine grosse sarkomatöse Geschwulst, die in den Oesophagus hineinragte und ihn verstopfte, jedoch so, dass eine weite biegsame Sonde während des Lebens passirte.

In der Schleimhautfalte, die zwischen Sartonini'schen und Wrisberg'schen Knorpeln nach unten zieht, sah man eine alte Narbe. H. äussert die Vermuthung, dass die Geschwulst in Folge Infection dieser vulnerabelsten Stelle des Kehlkopfs entstanden sei.

G. B. Waggett.

e) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom April 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

St. Clair Thomson: Fall von maligner endolaryngealer Geschwulst bei einem 29jährigen Mann.

Die Geschwulst nahm die rechte Stimmlippe ein und reichte unter die vordere Commissur. Das Mikroskop zeigte ein Carcinom; die Thyreotomie erwies, dass die Geschwulst bereits nach aussen gewachsen war. Die Totalexstirpation wurde vom Patienten verweigert.

Jobson Horne und Robinson äussern ihre Zweifel betreffs der Richtigkeit der mikroskopischen Diagnose. (Die Diagnose ist von dem Geschwulst-Comité bestätigt worden.)

St. Clair Thomson: Prolaps des Ventrikels. (Vorgestellt März 1907.)

Entfernte Stücke zeigen ödematöses Gewebe mit dünnem fibromatösen Stroma.

Horne erinnert an das von ihm in situ geschnittene Präparat. (Verhandlungen vom Jahre 1898.)

Davis: Fall von Aphonie.

Es handelt sich um einen 12jährigen Knaben, der niemals ein Wort gesprochen hat; fordert man ihn auf, irgend einen Gegenstand, den man ihm nennt, aufzuzeichnen, so thut er es; ebenso, wenn man ihn auffordert, unter die Zeichnung eines Gegenstandes dessen Namen zu setzen; er bedient sich stets dazu der linken Hand. Hält er die Feder in der rechten Hand, so ist er nicht im Stande, etwas damit auszuführen, nicht einmal seinen Namen zu schreiben. Die Anamnese war unbestimmt; es soll eine Abnahme der Kraft auf der rechte Seite nach dem Alter von $3^1/_2$ Jahren ausgesetzt haben. Die vorderen Fasern des M. genio-hyoglossus schienen schwach zu sein.

Donelan, Watson Williams, de Havilland Hall sprachen über Versuche, die rechte Seite des Gehirns zu üben.

Parker macht darauf aufmerksam, dass beim Versuche zu sprechen, Luft durch die Nase entweicht.

Donelan: Zerstörung eines Theils des Nasenseptums.

Es ist zweifelhaft, ob er sich um tertiäre Lues oder Lupus handelt.

Discussion über verschiedene Methoden der Wiederherstellung.

Dundas Grant: Pharyngokeratose; stetige Besserung unter Applicationen von Salicylsäure und Natr. sulfo-ricinicum.

Verschiedene Mittel hatten versagt. Eine 10proc. Lösung wurde täglich angewandt und nach ein Jahr andauernder Behandlung ist Patient fast geheilt.

In der Discussion wurde einstimmig betont, dass diese Affectionen allmählich spontan verschwinden und dass keine Localbehandlung nöthig ist.

Dundas Grant: Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes.

Sir Felix Semon und Watson Willliams discutiren über die Diagnose.

Sitzung vom Mai 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Mc Bride: Polypoide Geschwulst mit doppeltem Stiel von der Tonsille entfernt.

Jobson Horne: a) Tumoren des Morgagnischen Ventrikels.

1. Präparat eines Schleimhautprolapses.
2. Mikroskopischer Schnitt, der eine Hyperplasie des Ventrikeldachs zeigt.

b) Präparate von Polypen der Tonsille und der Uvula.

Davis: Subcutane Laryngitis mit Ulcerationen.

Fall zur Diagnose.

DeSanti: Geschwulst der linken Stimmlippe bei einer 29jährigen Frau (Myxom?).

Jobson Horne meint, dass solche Fälle in Folge von Degeneration in den Epithelzellen entstehen.

Wyatt Wingrave: Schnitt durch den Kehlkopf, eine Zunge der Ventrikelschleimhaut zeigend.

Die Zunge bestand aus normaler Schleimhaut und kam von der äusseren Wand hervor.

Bronner: Gekrümmtes Messer zur Enucleation der Mandeln.

Ball: Kehlkopfsyphilis. (Vorgestellt Januar 1907).

Bei der Incision fand sich Knorpelnekrose.

Fitzgerald Powell: Fall von Rundzellensarkom des Nasenrachens.

Grosse Geschwulst, die eine ausgedehnte Operation erforderte. Es scheint ein Recidiv vorhanden zu sein.

Tilley: citirt drei Fälle von Sarkom, bei denen wiederholte Entfernung der Recidive schliesslich zur Heilung führte. Wenn die Nase mitergriffen ist, hält T. den Zugang mittelst Resection des aufsteigenden Oberkieferfortsatzes besser, als mittelst Spaltung des Gaumens.

St. Clair Thomson: Tumor bifidus aus einer Mandellakune.

Dundas Grant: 1. Kehlkopflupus bei einem 12 jährigen Knaben.

2. Endotheliomatöse Infiltration und Ulceration der hinteren Wand des Pharynx bei einem älteren Manne.

Geschwulstcomité stellte Diagnose auf Epitheliom.

Lambert Lack: Spindelzellensarkom des Stimmbandes.

Herbert Tilley: Larynxpapillome.

Discussion über die directen Methoden der Operation.

Watson Williams: Keilbeinhöhlenspritze.

E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Die Laryngologie und die internationalen medicinischen Congresse.

Wir freuen uns, unseren Lesern von dem folgenden Briefe Kenntniss geben zu können, welchen der Generalsecretär des XVI. Internationalen Medicinischen Congresses, Herr Prof. Dr. Emil v. Grósz, an den Herausgeber des Centralblatts und Herrn Prof. Jurasz gerichtet hat:

Hochgeehrter Herr College!

Soeben lese ich in dem Internationalen Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie Ihren sehr interessanten Aufsatz über internationale Laryngo-Rhinologen-Congresse. Ich erlaube mir, Ihnen höflichst mitzutheilen, dass das Organisations-Comité des XVI. Internationalen Medicinischen Congresses freiwillig eine besondere Section für Ihr Fach bewilligte. Es war gar nicht nothwendig, diesen Beschluss zu erkämpfen, da die Leitung des Congresses ab initio diesen Antrag stellte, der auch einstimmtg angenommen wurde.

Da wir beabsichtigen, den Antrag zu stellen, eine permanente internationale Commission für die internationalen medicinischen Congresse aufzustellen, so glaube ich, dass diese Commission die selbstständige Section für Laryngologie und Rhinologie ein für allemal bewilligen wird.

Ich bin gerne bereit, allen Ihren Wünschen entgegen zu kommen, und da, wie ich weiss, die k. k. Regierung eine selbstständige Klinik für Laryngologie zu errichten beabsichtigt, so ist thatsächlich Budapest sehr geeignet, Ihren gerechten Bestrebungen Gelegenheit zu bieten.

Mit vorzüglicher Hochachtung
Ihr aufrichtigst ergebener

Budapest, 22. August 1908. Emil v. Grósz.

Die Laryngologie ist so wenig durch Entgegenkommen von autoritativer Seite, speciell von den Leitungen der allgemeinen internationalen medicinischen Congresse, verwöhnt worden, dass die vorstehende spontane Aeusserung des Herrn Generalsecretärs des bevorstehenden Budapester Congresses uns um so angenehmer überrascht. Besonders erfreulich ist es uns natürlich, dass die in diesem Blatte wiederholt so warm empfohlene Einsetzung einer permanenten internationalen Commission, die für die Continuität der Eintrichtungen dieser Congresse Sorge zu tragen hätte, nunmehr eine Wirklichkeit zu werden verspricht. Wie der Herr Generalsecretär hervorhebt, ist damit die Aussicht gegeben, dass die bedauerlichen Kämpfe, die wir immer und immer wieder um die Selbstständigkeit und die Würde unserer Specialität zu führen gehabt haben, nunmehr ein Ende nehmen werden.

Jedenfalls gebührt dem Herrn Generalsecretär und dem Organisationscomité des Budapester Congresses der herzlichste Dank der Laryngologen aller Länder für ihr freundliches und liberales Entgegenkommen. Derselbe sei ihnen hiermit dargebracht. Felix Semon.

Die Laryngologie an der Universität Heidelberg.

Mit tiefem Bedauern bringen wir unseren Lesern die Kunde, dass laut Beschluss der medicinischen Facultät der Universität Heidelberg, welcher von der Grossherzoglich Badischen Regierung genehmigt worden ist, die Laryngologie vom 1. October dieses Jahres an der Otologie angegliedert worden ist und damit ihre Selbstständigkeit als Lehrgegenstand an dieser Universität verloren hat. Der Leitartikel dieser Nummer ist dieser Frage gewidmet.

Druckfehler-Berichtigung.

In No. 9 des Centralblatts, S. 435, muss es in dem Referat No. 27 des Herrn Jac. Cohn (Bromberg) heissen: Eine eitergefüllte Knochencyste etc.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, November. 1908. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Meyer** (Berlin). **Moritz Schmidt-Metzler †.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 51. 1907.*

Nekrolog.

ALBANUS (ZARNIKO).

2) **O. Wille** (Braunschweig). **Aerztedeutsch.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 30 ff. 1906.*

Die deutsche Sprache wird auch in unserer Fachliteratur häufig dermaassen misshandelt und vergewaltigt, dass es angebracht sein dürfte, an dieser Stelle auf die ganz vortrefflichen Ausführungen Wille's hinzuweisen. Verf. hat die Abhandlung Schroeder's „vom papiernen Stil" und G. Wustmann's „Sprachdummheiten" gründlich studirt und geisselt in der Art Wustmann's die Thorheiten und Gedankenlosigkeiten, die sich in medicinischen Abhandlungen so häufig breitmachen. Die Ausführungen Wille's sind, wie ich nebenbei bemerken möchte, nicht allein nützlich, sondern auch „lustig" zu lesen und es wäre zu wünschen, dass sie, ebenso wie die vorhin erwähnten Schriften von Schroeder und Wustmann Verbreitung und Beachtung finden möchten.

ZARNIKO.

3) **Grünwald** (Reichenhall-München). **Ueber suboccipitale Entzündungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51 u. 52. 1907.*

Der Autor fasst seine werthvollen Beobachtungen in folgende Sätze: 1. Das „mal sousoccipital" beruht nicht nur auf Tuberculose der basalen und Wirbelknochen, sondern kann auch durch andere specifische und rein entzündliche Processe an denselben entstehen. Als solche kommen Erkrankungen des Ohres, ferner der Schädelbasis (auf traumatischem Wege) und vor allem der Nasennebenhöhlen, mitunter auch der Zähne, endlich Syphilis in Betracht. 2. Die Eiterung ruft zwar eine Reihe verschiedenartiger Symptome je nach dem Wege, welchen sie einschlägt, und den Organen, welche sie ergreift, unter allen Umständen jedoch einige typische Symptome hervor. 3. Als auffallendste oder wenigstens wichtigste dieser gemeinsamen Erscheinungen sind die mehr oder weniger weitgehende Kopfsperre sowie der frühzeitige Beginn der Schmerzen zu bezeichnen, deren Locali-



sation im Trigeminus- resp. Occipitalgebiet besonders charakteristisch erscheint. Es empfiehlt sich daher, unter Verzicht auf zu weitgehende Specialisirung in der Namengebung, alle diese Processe unter der Rubrik suboccipitaler Entzündungen zusammenzufassen und nur Ursprung und Verlauf jeweils näher zu bezeichnen. 4. Im Spätstadium weist in erster Linie das Infiltrat im Nacken auf den Sitz der Entzündung hin. Durchbruch in den Retropharyngealraum ist weniger kennzeichnend. 5) Der ursprüngliche Herd kann oft nur aus der zeitlichen und örtlichen Reihenfolge der Symptome erkannt werden, da ein und dieselbe Localisation (Ohr u. s. w.) ebensowohl primäre als secundäre Bedeutung besitzen kann. Der Herd pflegt längere Zeit latent zu bleiben. 6. Grösste Aufmerksamkeit ist den Durchbruchserscheinungen (plötzlicher Nachlass der Schmerzen, des Fiebers und der Bewegungsstörungen) zu schenken, da diese der Verbreitung des bis dahin noch enger beschränkten Processes auf weitere Gegenden entsprechen und somit gegebenenfalls den letzten Zeitpunkt verrathen, an dem noch durch sofortigen Eingriff unberechenbaren, ja tödlichen Folgen zuvorgekommen werden kann. 7. Ein sorgfältiges Temperaturstudium ist besonders geeignet, sowohl den Verlauf zu controliren als diesen kritischen Moment, in dem die Weiterverbreitung beginnt, erkennen zu lassen. 8. Vor der Entwicklung ausgesprochener Eiterung ist der Versuch, durch absolute Ruhigstellung des Kopfes (event. mittelst Zugentlastung) eine Rückbildung des Processes anzustreben, gerechtfertigt.

Die vom Autor sogen. Kopfsperre besteht darin, dass der Kopf leicht nach einer Schulter geneigt und zugleich das Kinn nach dieser, der kranken Seite gedreht bleibt. Ihre Ursache hat diese Haltung in den Schmerzen, die durch eine Entzündung resp. Eiterung in der atlantooccipitalen Gegend, sowohl der Gelenke als der stellunggebenden Muskeln, hervorgerufen werden.

Der Arbeit liegen 5 Beobachtungen an Kranken zu Grunde, deren Einzelheiten im Original zu studiren sehr zu empfehlen ist; wenn sie auch nicht direct rhino-laryngologischer Natur sind, so bieten sie doch viele Beziehungen, auch differential-diagnostischer Art, zum erwähnten Fach.

Als hier besonders interessirend sei erwähnt, dass im 2. Falle sich die Eiterung der Hinterhauptbasis auf die Eiterung einer accessorischen Keilbeinhöhle zurückführen liess. Im 5. Falle hatte sich durch eine acute Kieferhöhlenentzündung die Infection durch die membranöse, wenig Widerstand leistende Hinterwand der Kieferhöhle auf die Lymphwege des hinteren Abschnittes der Nase verbreitet, von wo aus sie die peritubären und retropharyngealen Lymphgebiete erreichte. Verf. bezeichnet diesen Weg der Infection — Lymphgebiete des hinteren Nasenabschnittes, peritubäre bis retropharyngeale Lymphgefässe — als den, auf welchen die im Anschluss an Nasenoperationen sich entwickelnden Anginen entständen, welche eigentlich Lymphangitiden seien.

ALBANUS (ZARNIKO).

4) **Voigt. Ueber Gefässgeschwülste der Mund-Rachenhöhle und des Kehlkopfs.** (Aus der Kgl. Univers.-Poliklinik f. Nasen- u. Kehlkopfkrankheiten in Würzburg, Vorstand Prof. Seifert.) *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

Besprechung des relativ häufigeren Angioma simplex oder Teleangiektasie

genannt und des Angioma cavernosum. Während bei ersterer Form therapeutisches Eingreifen selten nöthig ist, wird es bei letzterer Form fast stets erforderlich, da mitunter sich auch bedenkliche Krankheitsbilder finden. Beschreibung eines solchen, welches vom subcutanen Gewebe des äusseren Halses bis in die Mund-Rachenhöhle und in den Kehlkopf vorgedrungen ist. 2 Fälle ersterer Art betrafen Schwestern.

HANSZEL.

5) **Aulike** (Berlin). **Ueber Blutgefässgeschwülste in den oberen Luftwegen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

Seit 10 Jahren hat sich bei einer 37jährigen Frau in der Gegend der linken Tonsille und Pharynxwand ein höckeriger, blaurother, compressibler Tumor gezeigt, der vollkommen stationär blieb. Keine Beschwerden.

Uebersicht über die Literatur dieser Angiome in Pharynx und Larynx.

ALBANUS (ZARNIKO).

6) **E. Simon. Ueber die Blutungen aus den oberen Luftwegen.** *Dissertation. Königsberg 1906.*

In erschöpfender Weise bespricht S. all' die ätiologischen Momente, die zu einer Blutung aus den obern Luftwegen führen können.

Dass bei den meisten Frauen in der Schwangerschaft die Nasenschleimhaut eine stärkere Blutfüllung zeigt, kann Referent nicht bestätigen.

OPPIKOFER.

7) **Oscar Wilkinson. Die Behandlung der Blutung nach Operation in Nase, Nasenrachen und Hals. (The treatment of hemorrhage after operation on the nose, nasopharynx and throat.)** *Journal of Ophthalmology, Otology, Laryngology. Juni 1908.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

8) **R. H. Johnson. Directe Laryngoskopie, Tracheo-Broncheskopie; Oesephagoskopie und Gastroskopie. (Direct Laryngoscopy, Tracheo-Bronchoscopy, Esophagoscopy and Gastroscopy.)** *Lancet Clinic. 4. Juli 1908.*

Der Werth der directen Methode wird demonstrirt an einem Fall von Abscess der Epiglottis, der incidirt wurde. In 2 Fällen wurde ein maligner Tumor des Oesophagus mittelst der Oesophagoskopie gesehen.

EMIL MAYER.

9) **Aparicio. Fremdkörper der Speiseröhre und des Kehlkopfs. (Cuerpo extrano del esófago y de la laringe.)** *Gaceta médica del Norte. No. 127.*

Im ersten Fall handelte es sich um ein 18 Monate altes Mädchen, das einen grossen Hemdenknopf aspirirt hatte und Erscheinungen von Asphyxie und Dysphagie zeigte. Tracheotomie; Extraction des Fremdkörpers mittelst einer Zange.

Für die Fremdkörper des Kehlkopfes unterscheidet Verf. drei Stadien: 1. Protest seitens des Larynx. 2. Relative Toleranz. 3. Entzündliche Reaction, durch welche die Situation erschwert werden kann.

TAPIA.

10) **Paul Manasse** (Strassburg i. E.). **Einige Fremdkörperfälle.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 351. 1907.*

Der erste Fall stellt einen Fremdkörper (2 kleine Bruchstücke von Eierschalen) im untersten Theil der Trachea bei einem 6jährigen Mädchen dar. Die vor vier Wochen aspirirten Fremdkörper machten zunehmenden Husten und Athemnoth; nach Ausführung der Bronchoskopie in Rückenlage unter Narkose wurden sie ausgehustet.

Auch beim zweiten Fall kam ein glücklicher Zufall zu Hilfe. Es handelte sich um einen kleinen Haken, wie er zum Schliessen der Kleider benutzt wird, der sich bei einem 8jährigen Knaben in dem rechten Morgagni'schen Ventrikel vor 6 Monaten festgesetzt hatte. Beim Einüben des Knaben mit der Sonde setzte sich der Haken mittelst seiner beiden Drahtbalken an dieser fest und konnte so extrahirt werden. Die Symptome bestanden nur in Heiserkeit.

Beim dritten Fall handelte es sich um ein ca. 29 cm grosses Glasstück in der Orbita, das bei der Röntgenuntersuchung eine Fractur der vorderen und unteren Stirnhöhlenwand vorgetäuscht hatte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

11) **H. Ziesché** (Breslau). **Ueber Tröpfchenverstreuung und Infectionsgefahr beim Kehlkopfspiegeln Tuberculöser.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 38. 1907.*

Es gibt 2 Arten von Tröpfchen, die hustende Phthisiker zerstreuen. Bronchialtröpfchen, seltener, Tuberkelbacillen enthaltend und Mundtröpfchen, häufiger, grösser, fast nie Tuberkelbacillen enthaltend. Verf. benutzte zu seinen Versuchen 12 Objectivträger, die in einen Blechrahmen gespannt, den Raum von 324 qcm einnahmen. Der Rahmen wurde in frontaler Stellung hinter dem Reflector des Untersuchers angebracht. Die Ausbeute der Spiegelversuche war überraschend gering an Tröpfchen und Bacillen. Diese Erscheinung wird erklärt durch das Verhalten des Untersuchers, wie durch die besonderen Verhältnisse des Kranken. Im entscheidenden Moment des Hustens haben Arzt und Patient gewöhnlich durch Abwenden des Kopfes die Distanz auf ca. 90 cm vergrössert und der Arzt ist so ausser Bereich des Zerstreuungskreises des Hustenden gelangt; ausserdem halten fast alle Kehlkopfärzte instinctiv im entscheidenden Moment den Athem an. Der Hauptfactor liegt jedoch in dem mangelnden Glottisschluss, der gewöhnlich durch Larynxulceration bedingt ist und der die Exspirationskraft gewöhnlich so herabsetzt, dass nur selten Bronchialtröpfchen mit Tuberkelbacillen ausgehustet werden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **W. Stuart-Low** (London). **Collaps der Nasenflügel und enge Nasenlöcher. (Alar collapse and narrow nares.)** *The Clinical Journal. Bd. 32. p. 206. 8. Juli 1908.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass manche Fälle von Nasenverstopfung vergebens durch Operationen an der Scheidewand und an andern Theilen des

Naseninnern behandelt werden, während es sich um eine Ansaugung der Nasenflügel handelt und nach seiner Erfahrung sollen auch ausgesprochene Fälle von innerer Nasenverstopfung durch Behebung jenes Umstandes genügend beeinflusst worden sein. Verf. meint, dass enge Nasenlöcher auf Collaps der Nasenflügel oder ein zu dickes häutiges Septum zurückzuführen sind oder auf eine Combination von mehreren dieser Dinge. Er beschreibt eine Operation zur Entfernung des verdickten Knorpels, wodurch eine Abflachung der Nasenflügel bewirkt wird. Dies soll seiner Erfahrung nach zur Folge haben, dass die schlaffen Nasenflügel offengehalten und permanent in ihrer verbesserten Position erhalten bleiben.

JAMES DONELAN.

13) **Carl Leuwer** (Bonn). **Ein Vorschlag zur Therapie der Nasenflügel-Insufficienz.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3. 1908.*

Verf. berichtet über einen Fall, bei dem er durch modificirte Anwendung der seiner Zeit empfohlenen Paraffineinspritzung in die Nasenflügel einen recht guten Erfolg erzielte. Er ging in der Weise vor, „dass er die mit Hartparaffin gefüllte Spritze dicht am Septum in den Nasenboden einstach und die Spitze bis in die Ala vorschob. Unter langsamem Zurückziehen wurde Paraffin in das Gewebe eingespritzt“. „Auf diese Weise bringt man erstens eine Art Keil zwischen Flügel und Scheidewand, der beide voneinander drängt, zweitens vergrössert man den Nasenboden um ein Stück der Ala, bekommt also durch beides eine — beliebig zu regulirende — Vergrösserung des Naseneingangs“. Auch kosmetisch war das Resultat gut.

HECHT.

14) **W. Dubreuille. Autoplastik des Nasenflügels. (Autoplastic de l'aile du nez.)** *Gaz. hebdomad. des sciences médicales de Bordeaux. 29. August 1907.*

Der Fall betraf eine ältere Person; Heilung nach Excision des Tumors und unmittelbar folgende Autoplastik.

BRINDEL.

15) **Rueda** (Madrid). **Retentionscyste des Naseneingangs. (Quiste por retencion del vestibulo nasal.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 1.*

Die Cyste hatte die Grösse einer Haselnuss; nachdem das Wachsthum mehrere Jahre lang sehr langsam vor sich gegangen war, trat in einigen Tagen eine rapide Vergrösserung ein. Incision; Exstirpation der Wände; der Inhalt der Cyste war sanguinolent; die plötzliche Grössenzunahme war durch eine Blutung zu erklären.

TAPIA.

16) **E. Bergh** (Malmö). **Zur Casuistik der Abscesse des Naseneinganges.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1907.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles. Der Abscess sass an der Innenseite des rechten Nasenflügels, im Eiter wurden Staphylokokken nachgewiesen.

HECHT.

17) **Otto J. Freer. Dilatirte Aederchen auf der äusseren Nase. Ihre dauernde Beseitigung durch die positive galvanische Nadel. (Dilated veinlets upon the external nose; their permanent closure with the positive galvanic needle.)** *Chicago Medical Record. 15. November 1907.*

Es wird der constante galvanische Strom benutzt. Eine sehr feine Platin-

Iridiumnadel, die mit dem positiven Pol verbunden ist, wird in das Gefäss eingestochen, während die breite negative Elektrode in der Hand gehalten wird.

Es werden 2—5 Milliampères benutzt. Zahlreiche Gefässe wurden in zwei Sitzungen beseitigt.

EMIL MAYER.

18) **Morestin** (Paris). **Epitheliom der Nasenwurzel und des rechten Augenwinkels. (Epithélioma de la racine du nez et de l'angle de l'oeil droit.)** *Bulletin de la société de chirurgie. 12. Mai 1908.*

Die Geschwulst war auf die Augenlider, die Conjunctiva und die Thränengänge weiter gegangen. Es wurde eine autoplastische Operation gemacht, die an der Hand von drei Abbildungen genau beschrieben wird.

GONTIER de la ROCHE.

19) **Gersuny. Chirurgische Behandlung des Rhinophym. (Surgical treatment of rhinophyma.)** *N. Y. Medical Record. 2. Mai 1908.*

Die Operation geschieht unter Localanästhesie. Es wird der Tumor nahe an seinem Rand umschnitten, der darunter liegende Knorpel freigelegt; sodann wird die Haut rings herum unterminirt, der Tumor entfernt, so dass überall ein schmaler Saum von gesunder Haut bleibt. Dieser freie Saum wird durch einige Nähte in der Wunde befestigt. Die übrige Wundfläche wird mit Epidermislappen bedeckt, die von den exstirpirten Tumoren genommen sind. Es sind bisher sieben Patienten mit sehr gutem Resultat so operirt worden.

LEFFERTS.

20) **Rerât. Raynaud'sche Krankheit mit Gangrän der Nase. (Syndrome de Raynaud avec gangrène du nez.)** *Soc. de pédiatrie. 16. April 1907.*

Ein 10jähriges Kind wird im Verlauf einer Gastro-Enteritis von einem infectiösen Erythem des Gesichts, des Halses und der Knie befallen. Gleichzeitig Raynaud'scher Symptomencomplex mit Localisation an der Nase und Ausgang in trockene, auf die oberflächliche Partie der Nase beschränkte Gangrän.

A. CARTAZ.

21) **M. v. Zeissl** (Wien). **Die Behandlung der Acne rosacea.** *Münchener med. Wochenschr. No. 20. 1908.*

Bericht über günstige Erfolge innerlicher Verabreichung von Bierhefe, insbesondere der Cerolinpillen und in zweiter Linie der Levurinose. Neuerdings erreichte Zeissl sehr schöne Heilungserfolge durch Bestreichen von unverdünntem Eisenchlorid auf die erkrankten Hautstellen, und zwar Morgens und Abends. „Nach 4—5 Tagen bildet sich auf der bestrichenen Stelle eine ziemlich dicke Kruste. Sobald sich diese entwickelt hat, hört man mit dem Einpinseln auf und wartet, bis die Kruste von selbst abfällt. Spannt die bestrichene Hautstelle stark, so bedeckt man dieselbe mit einem mit Wilson'scher Salbe dick bestrichenen Leinwandlappen. Bei intensiver Entzündung applicirt man den Eisbeutel. Ist die Kruste entfernt und die Haut nicht zu stark irritirt, so kann man sofort wieder die Einpinselung mit Eisenchlorid aufnehmen. Eine derartige Behandlung dauert meist, da öftere Unterbrechung nöthig wird, 3—4 Monate." „Sind Acne vulgaris und rosacea combinirt, ist die innerliche Verabreichung der Bierhefe neben der localen Behandlung besonders angezeigt."

HECHT.

22) **Theodor Mayer** (Berlin). **Ein Fall von Primäraffect der Nase.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. Vereinsbeilage. 1907.*

Der Primäraffect sass an der Nasenspitze, etwas auf den linken Nasenflügel übergreifend. Fühlbare Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Roseola. Spirochaeta pallida im Ausstrich. Anamnese unklar. ALBANUS (ZARNIKO).

23) **H. Loeb. Die extragenitale Syphilisinfection, speciell der Primäraffect der Nase.** *Dissert. Würzburg 1906.*

In der fleissigen unter der Leitung von Seifert entstandenen Dissertation hat Verf. 249 Fälle von Primäraffect der Nase aus der Literatur gesammelt und schildert an Hand dieses Materiales das ganze Krankheitsbild. Aus leicht ersichtlichen Gründen findet sich der Primäraffect am häufigsten am Naseneingang. In 6 Fällen waren 2 Primäraffecte in der Nase vorhanden, und in 7 weiteren Fällen kam die Sklerose der Nase multipel mit Sklerose an anderen Körperstellen vor.

OPPIKOFER.

24) **John O. Roe. Bericht über einen Fall von Deformität der Nase infolge von Lupus, corrigirt durch die subcutane Methode. (Report of a case of deformity of the nose resulting from lupus; corrected by the subcutaneous method.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Durch ausgedehnte Entfernung des lupösen Gewebes war Heilung eingetreten, jedoch hatte sich in Folge des Gewebsverlustes und der Narbenbildung eine starke Deformität gebildet. Die Nasenspitze war kegelförmig, nach unten gerichtet. An beiden Nasenflügeln bestanden Narbencontractionen; Der Septumknorpel war verloren gegangen. Es wurde auf beiden Seiten eine plastische Operation ausgeführt, die genau beschrieben wird, mit ausgezeichnetem Erfolg sowohl in Bezug auf die Kosmetik wie auf die Wiederherstellung der Nasenathmung, die seit 6 Jahren völlig behindert gewesen war. EMIL MAYER.

25) **Lagarde** (Paris). **Nasenprothese mittels Injectionen von kaltem Paraffin. (Prothèse nasale par les injections de paraffine froide.)** *Journal des Practiciens. 21. März 1908.*

Demonstration eines neuen, die Technik vereinfachenden Instrumentariums.

GONTIER de la ROCHE.

26) **S. Strin** (Kopenhagen). **Eine neue Paraffinspritze.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 530. 1907.*

Die Spritze besteht aus 2 Theilen: Cylinder und Stempelstange, ausser den Canülen, welche mit beliebigen Krümmungen, Stärken und Längen geliefert werden können.

Der Cylinder ist sehr solide gebaut und mit einem Quergriff versehen, welcher die volle Kraft auszunutzen gestattet. Die Lichtung ist dieselbe in ihrer ganzen Länge und ganz mit Schraubengewinden versehen. Die Spritze hat keinen eigentlichen Stempel. Die Stempelstange hat Schraubengewinde in ihrer ganzen Länge und ist mit einem Quergriff, wie der Cylinder, versehen. Die Spritze wird von C. Nyrop's Etablissement, Copenhagen, in den Handel gebracht. Abbildungen erläutern die Beschreibung. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

27) **Joseph** (Berlin). **Beiträge zur Rhinoplastik.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 16. 1907.*

Bei einer sehr prominenten Nase, deren Vergrösserung vor Allem durch übermässiges Wachsthum des viereckigen Knorpels des Septums bewirkt war, wurde auf intranasalem Weg unter localer Anästhesie eine sehr wirksame Verkleinerung der Nase, wie die beigegebenen Bilder zeigen, erzielt.

In einem zweiten Falle wurde eine angeborene Sattelnase durch intranasale Ueberpflanzung eines Knochenstückes aus der Tibia corrigirt.

Und in einem dritten Falle von traumatischer Sattelnase wurde der Defect intranasal ersetzt aus dem Septum angehörigen Partien der Flügelknorpel, wovon Knorpelstücke resecirt wurden, weil das Septum zu lang war. Auch hier tadelloser Erfolg.

ALBANUS (ZARNIKO).

28) **Koch** (Berlin). **Zur Behandlung der Sattelnase.** *Berliner klin. Wochenschr No. 19. 1907.*

Der Autor bemerkt zu der Arbeit von Joseph, dass er schon vor ihm nach dem Vorgang von Eckstein eine Paraffinprothese auf intranasalem Wege (nicht von der äusseren Haut aus) bei einer Sattelnase unter den Sattel mit gutem Erfolg implantirt habe. Hervorhebung der Einfachheit dieser Methode vor der der Ueberpflanzung eines Tibiastückes.

Kurzer Hinweis auf vom Autor construirte Instrumente zur Operation der schiefen Nase.

ALBANUS (ZARNIKO).

29) **Joseph** (Berlin). **Bemerkungen zu den Bemerkungen von Fritz Koch über meine Beiträge zur Rhinoplastik.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1907.*

Zurückweisung der Priorität Koch's bezüglich endonasaler Paraffinimplantation.

ALBANUS (ZARNIKO).

30) **Koch** (Berlin). **Erwiderung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 25. 1907.*

Behauptung der Priorität.

ALBANUS (ZARNIKO).

31) **Fritz Koch** (Berlin). **Eine gedeckte Fraise zur endonasalen Operation der Höckernase zwecks Formverbesserung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 160.*

Abbildung und kurze Beschreibung des Instruments.

F. KLEMPERER.

32) **George Laurens. Herkunft der Ozaena von Hunden. (Ozaena derived from the dog.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Februar 1908.*

Vor einem Jahre sprach Perez (Buenos-Aires) die Meinung aus, dass die Ozaena, die Löwenberg ja für eine contagiöse Erkrankung erklärt hatte, durch Umgang mit Hunden acquirirt werden könne. P. hatte 20 Fälle gesammelt, die ihm für diesen Modus zu sprechen schienen; er fand den Löwenberg'schen Bacillus beim Hunde, blieb aber den Nachweis schuldig, dass bei den Thieren Ozaena vorhanden war. Verf. bespricht diese Theorie und kommt zu dem Schluss, dass sie jedenfalls neben den sonst schon vorhandenen Gründen dazu beitrage, uns im Umgang mit Hunden Vorsicht nahezulegen.

LEFFERTS.

33) **Guisel. Behandlung der essentiellen Ozaena. (Traitement curatif de l'ozène essentiel.)** *Progrès médical. 18. April 1908.*

Verf. empfielt Spülungen mit „Anios" (Trioxychlormethyl-Vanadium) in 1 bis 2proc. Lösung. GONTIER de la ROCHE.

34) **Swershewski. Ozaenabehandlung mit Paraffininjectionen. (Letschenie ozaeni wpriskiwaniem paraffine.)** *Jeshemejatschnik. No. 7. 1907.*

S. behandelte 23 Patienten mit Paraffin, welche er nach der Schwere in 3 Gruppen theilt. Alle Patienten aus der Gruppe schwerer Ozaena wurden gebessert nur auf 2—3 Monate, dann stellten sich die früheren Symptome wieder ein. In der Mittelgruppe beobachtete S. einige Dauerheilungen. Von den leichten Fällen besserte sich der Zustand bei mehreren. P. HELLAT.

35) **Menier** (Figeac, Frankreich). **Das Sandelöl in der Behandlung der Ozaena.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 46. 1907.*

Verf. empfiehlt Santyl Knoll, das aus dem Salicylsäureester des Sandelöls besteht, bei Ozaena. In 3 Fällen, wo einmal wöchentlich, allerdings neben mechanischer Reinigung, gepinselt wurde, verschwand beinahe Borkenbildung und Geruch. Anregung zu weiteren Versuchen mit dem Mittel. ALBANUS (ZARNIKO).

36) **Holger Mygind** (Kopenhagen). **Lupus cavi nasi. Eine klinische Untersuchung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 484.*

Studie an 200 Lupuspatienten, von denen 129 nasale Erscheinungen hatten, über die Localisation der Lupusaffection im Naseninnern. F. KLEMPERER.

37) **Ernst Pasch** (Breslau). **Beiträge zur Klinik der Nasentuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 454.*

Monographische Besprechung der Symptomatologie, des Verlaufs, der Diagnose und der Therapie der Nasentuberculose auf Grund von 17 auf der Brieger'schen Abtheilung beobachteten Fällen. F. KLEMPERER.

38) **W. Thrasher. Primäre Nasentuberculose. (Primary nasal tuberculosis.)** *The Lancet Clinic. 17. August 1907.*

Verf. berichtet einen Fall von der hyperplastischen Form augenscheinlich primärer Nasentuberculose bei einem 15jährigen Mädchen. Die Nasenlöcher waren völlig verlegt durch Tumoren von blumenkohlförmigem Aussehen, von grauer Farbe mit reichlicher mucopurulenter Secretion, die beiderseits von den Muscheln ausgingen. Der Nasenrachen war mit ähnlichen Geschwülsten ausgefüllt. Die mikroskopische Untersuchung ergab das histologische Bild der Tuberculose. Entfernung der Geschwülste; Cauterisation mit Milchsäure und Trichloressigsäure; Allgemeinbehandlung. Ein Recidiv nach 4 Jahren wurde ebenso behandelt. Nach 7 Jahren war Patient völlig gesund. Die Prognose der primären Nasentuberculose ist im Allgemeinen gut. EMIL MAYER.

39) **Georg Cohn** (Königsberg i. Pr.). **Altes und Neues zur Nasentuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 338. 1907.*

Nach eingehender Besprechung der Fachliteratur unterscheidet Verf. aus

eigener Anschauung unter den tuberculösen Affectionen der Nasenhöhlen den Lupus und die Tuberculose. — Der Lupus mit oder ohne Affection der äusseren Nase in Form von Granulationen auftretend im vorderen Nasentheil, zumeist am Septum, aber auch an den Muscheln und am Nasenboden bei sonst gesunden, oft blühenden, meist jugendlichen Personen, häufig unter dem Bilde des Eczema vestibuli und der Rhinitis sicca anterior. Die Tuberculose meist in Form von Ulcerationen event. mit Infiltrationen, Tumoren und Granulationen vergesellschaftet; fast immer secundär bei hochgradig tuberculösen decrepiden Personen mit weit vorgeschrittener Tuberculose der Lungen und des Kehlkopfes und oft auch des Rachens. Als wichtig wäre noch hervorzuheben, dass nach Ansicht des Verf.'s der äussere Nasenlupus meist von dem vorderen Winkel des Nasenloches ausgeht und nur so durch Rhinoskopie festzustellen ist und dass der primäre Nasenschleimhautlupus Monate und Jahre ganz isolirt ohne sonstige tuberculöse Erscheinungen bestehen kann. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

40) **A. Onodi** (Budapest). **Die Resection der Nasenscheidewand bei primärer Tuberculose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. 1906.*

Die linke Nasenseite eines 60jährigen Mannes zeigte eine sich über den grössten Theil der Pars cartilaginea septi erstreckende Veränderung (Ulcus mit aufgeworfenen Rändern), die als ein malignes Neoplasma imponirte. Da die histologische Untersuchung eines excidirten Stückes diesen Verdacht bestärkte, so nahm Verf., nachdem er durch einen Längsschnitt entlang dem Nasenrücken und durch temporäre Resection des Proc. frontalis oss. max. sich einen weiten Zugang verschafft hatte, die Resection der kranken Partie des Septums vor. Das resecirte Stück war 38 mm lang, 30 mm breit und 12 mm dick. Nach der histologischen Untersuchung nahm man an, dass der Process nicht malignes Neoplasma, sondern Tuberculose gewesen ist. (Der Ref. sieht diese Diagnose durch die mitgetheilten Daten nicht als gesichert an; es fehlte jegliche Verkäsung oder sonstige Degeneration.) ZARNIKO.

41) **R. Sondermann** (Dieringhausen). **Zur Saugtherapie bei Nasenerkrankungen.** *Mit 3 Abb. Münchener med. Wochenschr. No. 45. 1906.*

Angabe einer neuen auskochbaren Glasolive mit eingeschliffenem Glasstift und kritische Besprechung mehrerer in letzter Zeit erschienener einschlägiger Arbeiten. Zu kurzem Referat nicht geeignet. HECHT.

42) **J. Martin** (Magdeburg). **Zur Technik der Saugbehandlung von Nasenleiden.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 52. 1906.*

Beschreibung und Abbildung einer gläsernen Olive, die absolut dicht in das Nasenloch eingelegt werden kann. ZARNIKO.

43) **Leuwer** (Bonn). **Ein neuer Nasensauger.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 10. 1906.*

Der Apparat besteht aus zwei Glasoliven, einem Ypsilonrohr und der zur Luftverdünnung dienenden Vorrichtung (Gummiballon oder besser Saugpumpe).

Alle Theile sind durch starke Gummischläuche mit einander verbunden. Vorzüge vor dem Sondermann'schen Apparat: Reinlichkeit und Billigkeit. ZARNIKO.

44) **Seifert** (Würzburg). **Lupus und Tuberculose des Nasenrachenraumes.** *Med. Klinik. No. 16, 17. 1908.*

Die vorliegende Arbeit ist eigentlich nur als eine Ergänzung und Fortsetzung seiner Bearbeitung dieser Frage in Heymann's Handbuch anzusehen, dementsprechend mehr eine literarische Studie, in welcher besonders hervorgehoben wird, dass Lupus des Nasenrachenraumes zweifellos häufiger vorkommt, als im Allgemeinen angenommen wird. AUTOREFERAT.

c. Mundrachenhöhle.

45) **P. Albrecht. Ueber das seitliche Pharynxdivertikel.** (Aus der II. chirurg. Universitätsklinik des Hofrath Hochenegg in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Nach einigen kurzen erklärenden Bemerkungen über die embryonale Entwicklung des Rachens, sowie über die Arten des Zustandekommens eines Divertikels daselbst, beschreibt der Verf. einen von ihm operirten Fall eines Divertikels, welches vom Recessus piriformis seinen Ausgang genommen hat. Weder durch das Bild des Operationsfeldes, noch durch die laryngoskopische Untersuchung konnte sichergestellt werden, ob man einen Rest der dritten oder vierten Schlundfurche als prädisponirendes Moment für das Zustandekommen des Divertikels ansehen soll. A. meint, dass das Divertikel aus einer angeborenen uncompletten inneren Halsfistel im Recess. pirif. sich entwickelt hat, Abgrenzung gegen ein Grenzdivertikel des Oesophagus und gegen eine Aerocele, ferner gegen Struma aberrata, Lymphcavernom. Von der grössten diagnostischen Bedeutung für ein Rachendivertikel ist der Wechsel im Befunde. HANSZEL.

46) **Westenhoeffer** (Berlin). **Ueber die practische Bedeutung der Rachenerkrankung bei der Genickstarre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 38. 1907.*

Practisch wichtig ist die Thatsache der regelmässigen „Feststellung der Meningokokken im Rachensecret von Meningitiskranken und zwar gerade in den ersten Krankheitstagen, ferner im Rachensecret von Pharyngitiskranken und von Gesunden“. Eine Erkrankung des Nasenrachens und der Rachentonsille fehlt in der Regel bei der tuberculösen Meningitis, während sie, am acutesten in den ersten Tagen, dann verhältnissmässig früh verschwindend, bei der epidemischen Meningitis immer anzutreffen ist. Die therapeutischen localen Bemühungen, diesen primären Herd der Ansiedelung der Meningokokken zu beseitigen, haben bislang keinen Erfolg gehabt. Die Verbreitung der Erkrankung, die bekanntlich Kinder bis zum 14. Jahr besonders befällt, wird weniger durch Kinder bewirkt, die meistens ihr Sputum verschlucken, als durch erwachsene Kokkenträger aus der Umgebung eines Meningitiskranken, welche das Sputum ausspucken und damit die Kokken verbreiten.

Erwähnung eines Falles von Meningokokken-Meningitis nach Lumbalanästhesie mit Stovain, bei dem absolut kein Zusammenhang mit einem epidemischen Meningitisfall nachgewiesen werden konnte, so dass man zu der Annahme kommen kann, dass die Meningokokken als Rachenbewohner bei gesunden Menschen vorkommen können.

In der Discussion (Berl. klin. Wochenschr. No. 35) meint Ewald (Berlin), dass in dem angeführten Falle durch Zufall doch irgend woher eine Infection eingetreten sei, die aber zufällig nach der Stovaininjection zum Ausbruch kam.

Auf die Frage Grabower's (Berlin) nach der Incubationsdauer antwortet der Vortr., dass sie auf einen Zeitraum von 4 Tagen sicher festgestellt werden konnte.

ALBANUS (ZARNIKO).

47) **Westenhoeffer** (Berlin). **Demonstration von Präparaten eines Falles von epidemischer Genickstarre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. 1907.*

An den Präparaten konnte die Meningokokken-Pharyngitis gezeigt werden, die der epidemischen Cerebrospinalmeningitis vorangeht.

ALBANUS (ZARNIKO).

48) **Ernst Danziger. Die Tonsillen und ihre Beziehung zur Entwickelung der Tuberculose. (The tonsils and their relation to the development of tuberculosis.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Verf. ist der Ansicht, dass die primäre tuberculöse Infection der Tonsillen in den meisten Fällen eine Fütterungstuberculose sei. Er bespricht die verschiedenen Wege, auf denen von dort aus eine Infection der Halsdrüsen, der Pleura, der Lungen oder durch den Lymphstrom eine allgemeine Miliartuberculose entstehen können. Man solle sich nicht begnügen, die erkrankten Halsdrüsen zu exstirpiren, sondern — wenn man eine Lungenaffection ausschliessen könne — die Tonsillen untersuchen. Findet man diese irgendwie abnorm, so müssen sie entfernt werden und zwar, da die Läsionen in der Tiefe der Follikel liegen, radical.

EMIL MAYER.

49) **Lorenz N. Grosvenor. Knorpel und Knochen in der Gaumentonsille. (Chondroma and osteoma in faucial tonsils.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

1. Der Knorpel und Knochen ist nicht ein Theil des Processus styloideus, denn wir können den Stumpf des letzteren nicht zwischen Unterkiefer und Wirbelsäule palpiren.

2. Es handelt sich nicht um metaplastische Veränderungen, denn es bestehen keine klinischen Anhaltspunkte oder pathologischen Befunde, die dafür sprechen.

3. Es spricht also alles dafür, dass der in diesen Tonsillen gefundene Knorpel von versprengten embryonalen Zellen herstammt, die vom zweiten Kiemenbogen herrührten.

EMIL MAYER.

50) **Otto Scheven** (Frankfurt a. M.). **Zur Pathologie der Mandelsteine.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 20. 1907.*

Beschreibung eines Falles, in welchem es bei einem 15jährigen Patienten, der sich mit Ausnahme von Neigung zu Halsentzündungen stets gesund fühlte,

plötzlich zum Aushusten von Mandelsteinen kam, die in einander kugelgelenkförmig passten. Von den 3 Steinen, die in der Fossa supratonsillaris sassen, hatte der grösste einen Umfang von 6 cm; sie bestanden aus phosphorsaurem Kalk neben geringen Mengen organischer Substanzen. In Bezug auf die Aetiologie solcher Bildungen muss man annehmen, dass eine abnorme Entwicklung resp. Persistenz der Mandelbucht zu Secretansammlung und Niederschlägen die erste Veranlassung geben dürfte und dass es sich um Verkalkungen primärer Entzündungsproducte in den Lakunen handelt. Dafür spricht der Sitz in der abnorm erweiterten Fossa supratonsillaris bei einer sonst völlig normal gebauten Mandel.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **O. Muck** (Essen-Ruhr). **Ueber die klinische Bedeutung des chronisch-entzündeten nicht hypertrophischen Gaumentonsillengewebes. Ein Beitrag zur Diagnose und Behandlung.** *Mit 1 Abb. Münchener med. Wochenschr. No. 20. 1908.*

Nach Erörterung der klinischen Bedeutung der acuten und chronischen entzündlichen Tonsillitiden, insbesondere der Mandelpfröpfe, Beschreibung und Empfehlung des vom Autor construirten, von Pfau-Berlin beziehbaren „Tonsillen-Exhaustors", und Bericht über die erfolgreiche Verwendung desselben. Anschliessend an die Wahrnehmung, dass unter 50 von Muck beobachteten Fällen von chronischer Tonsillitis 11, d. h. 27 pCt. tuberculöse Lungenspitzenaffectionen zeigten, Anregung zu Untersuchungen nach dieser Richtung hin und Erörterungen über die Frage: „Tonsillen als Eintrittspforte für Krankheitserreger, besonders für den Tuberkelbacillus" unter Hinweis auf die Arbeit Grobers. Zum Schlusse Mittheilung zweier Fälle von recidivirendem Gelenkrheumatismus, wahrscheinlich als Folge chronischer Tonsillitiden, bezw. acuter Anginen. Dauerheilung nach wiederholter Aussaugung der Tonsillen mit dem Exhaustor.

HECHT.

52) **Arthur Meyer** (Berlin). **Die Eröffnung des peritonsillären Abscesses.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 41. 1907.*

Verf. lobt sehr das Eröffnen des peritonsillären Abscesses von der Fossa supratonsillaris aus. Es ist sozusagen die physiologische Methode, da die Infection von der Mandel diesen Weg nimmt und eine spontane Entleerung meist durch die Fossa supratonsillaris zu Stande kommt.

Verf. führt zur Eröffnung einen stumpfen M. Schmidt'schen Tonsillenschlitzer bei gerader Kopfhaltung und einfach herabgedrückter Zunge in die Fossa ein, die Membran durchstossend. „Die Spitze dringt nun in der Richtung nach oben und aussen so weit vor, bis man auf Eiter trifft."

Als grosser Vortheil der Methode ist die Sicherheit im Auffinden selbst kleiner Abscesse zu bezeichnen.

ALBANUS (ZARNIKO).

53) **B. Fränkel** (Berlin). **Plica triangularis und Pathologie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

„Unter Plica triangularis wird nach W. His die Schleimhautduplicatur verstanden, in welche der vordere Gaumenbogen nach hinten ausläuft". Recessus

triangularis nennt Vortr. die hinter und lateralwärts von der Plica liegende Bucht. Bei entzündlichen Vorgängen der Tonsillen können sich Secrete in den Recessus ergiessen, stagniren hier und geben Ursache für üblen Geruch und entzündliche Vorgänge, Angina habitualis. Erörterung der Bedeutung der Plica triangularis beim peritonsillären Abscess.

ALBANUS (ZARNIKO).

54) **K. Vohsen** (Frankfurt). **Operation bösartiger Mandelgeschwülste.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Heft 2. 1908.*

Die Operationsmethode, die V. mit gutem Erfolge in einem Falle von linksseitigem Mandelsarkom ausgeführt hat, ist im Wesentlichen die folgende: Hautschnitt wie bei der Mikulicz'schen Methode, Durchsägen des Unterkiefers vor dem Masseter, Ablösen des Periostes an der unteren und inneren Seite des Unterkiefers von der Sägefläche an bis zum aufsteigenden Ast des Unterkiefers, mit einem breiten Hacken Vorschieben des hinteren Theiles des Unterkiefers nach aussen und über den vordern Theil. Durch diese Verschiebung erhält man einen breiten Zugang in das Pharynxinnere. Stereoskopische Aufnahme der Arbeit beiliegend.

OPPIKOFER.

55) **Charles M. Robertson. Tuberculöse Infection der Gaumentonsille. (Tubercular infections of the faucial tonsils.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Die Tonsille kann auf drei Wegen tuberculös erkranken:

1. Durch Infection von der Anwesenheit tuberculösen Materials in den Tonsillen oder ihrer Umgebung, durch Inoculation durch die Luft oder durch Nahrung, die mit der Tonsille in Contact kommt.
2. Durch Inoculation mit Sputum, das aufgehustet wird.
3. Durch Infection vom Blute aus.

EMIL MAYER.

56) **Edwin Pynchon. Tonsillotomie bei Kindern in allgemeiner Narkose — eine Hospitaloperation. (Tonsillectomy in children under general anesthesia — a Hospital operation.)** *Journal American Medical Association. 20. Juni 1908.*

Verf. sagt wörtlich: „Die Schwierigkeiten bei der Vornahme einer radicalen Tonsillectomie unter allgemeiner Narkose sind meist zahlreicher und verblüffender, als die, denen man z. B. bei der Operation einer Appendicitis begegnet; man soll daher die Bedeutung der Mandeloperation nicht, wie es so oft geschieht, unterschätzen; denn sie kann thatsächlich unter die grösseren chirurgischen Operationen gerechnet werden“ (!). Es sei zwar leicht, den prominirenden Theil einer Tonsille mit dem Tonsillotom abzukappen. Dieses Verfahren aber habe, so meint Verf., nichts zu thun mit der wirklichen radicalen Exstirpation der Tonsille, wie man sie verlangen müsse. Verf. beschreibt dann ausführlich seine Operationsmethode, um schliesslich zu empfehlen, dass man den Eingriff, wenn irgend angängig, im Hospital vornehme.

EMIL MAYER.

57) **Geo. M. Marshall. Die Totalexstirpation erkrankter Tonsillen; Bedeutung und Technik derselben. (The total exstirpation of diseased tonsils; importance and method.)** *Pennsylvania Medical Journal. 8. Juni 1908.*

Verf. räth, die erkrankten Tonsillen mit gebogenen Scheeren in Aethernarkose zu entfernen.

EMIL MAYER.

58) James E. Newcomb. **Blutung nach Mandelentzündung; Unterbindung der Carotis communis; Heilung. Nebst einer Studie über 51 Fälle von Blutung bei Eiterung im Pharynx. (Hemorrhage following Quinsy. Ligation of the common carotid artery; recovery; with a study of 51 cases of hemorrhage in connection with pharyngeal suppuration.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Cfr. Verhandlungen der XXX. Jahresversammlung der American laryngological association Montreal, Canada 1908. EMIL MAYER.

59) Ben Clark Gile. **Syphilitische Vergrösserung der Speicheldrüsen. (Syphilitic enlargement of the salivary glands.)** *American Medicine. December 1907.*

Die Diagnose basirte auf der Anamnese, darauf, dass keine anderen Ursachen auffindbar waren, auf der gleichzeitigen Anwesenheit typischer gummöser Infiltrationen in der Nase; sie wurde bestätigt dadurch, dass die Erscheinungen nach Jodkali verschwanden. EMIL MAYER.

60) Claus (Berlin). **Luetische Erkrankung der Parotis.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 31. 1907.*

Bei einer Frau ist die Gegend über dem linken Jochbogen knochenhart geschwollen, daneben lässt sich durch intra- und extraorale Palpation eine derbe Infiltration der Parotis abgrenzen, deren Ausführungsgang kein Secret auf Druck entleert. Kieferklemme. Auf Jodkaligebrauch schwanden die Schwellung am Jochbogen, die Infiltration der linken Parotis und zugleich ging auch eine geringe Schwellung der rechten Parotis, eine düsterrothe kirschkorngrosse Schwellung der linken hinteren Pharynxwand, luetische Erscheinungen von seiten des Ohres und eine Fistel über dem Sternoclaviculargelenk zurück.

Uebersicht über die bisher beobachteten wenigen Fälle, Berücksichtigung der Differentialdiagnose. ALBANUS (ZARNIKO).

61) Morel. **Klinische und experimentelle Studie über die postoperativen Parotitiden. (Étude clinique et expérimentale sur les parotitides postopératoires.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Diese Form der Parotitis kommt besonders bei Frauen, und zwar nach Operation am Intestinum und dem Genitalorgan vor. Die Entzündung stellt sich im Allgemeinen am 4. resp. 5. Tage nach der Operation ein; sie kündigt sich durch eine brüske Temperatursteigerung, ein Gefühl von Trockenheit im Munde und die Anschwellung der Drüse an. Meist geht die Entzündung spontan zurück, bisweilen tritt Ausgang in Eiterung ein, entweder durch den Ductus Stenonianus oder den äusseren Gehörgang (2mal unter 17 Fällen).

Es handelt sich um eine ascendirende Staphylokokkeninfection oralen Ursprungs. Schlechter Zustand der Zähne und mangelnde Mundhygiene begünstigen das Zustandekommen dieser Complication. A. CARTAZ.

62) Robert B. Duncan. **Fall von Speichelstein. (Case of salivary calculus.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Mai 1908.*

Patient war ein 70jähriger Mann. Es bestand eine geringe Schwellung hinter

und vor der rechten Tonsille; dieser Schwellung entsprach eine ungefähr wallnussgrosse Schwellung aussen unter dem Kiefer. Sie fühlte sich hart an. Vor 12 Monaten war in die Schwellung im Munde eine Incision gemacht worden, wobei sich fötider Eiter entleerte. Es war eine maligne Erkrankung diagnosticirt und zur Operation gerathen worden. D. erkannte die Natur des Leidens und entfernte nach Incision über der Schwellung in der Mundhöhle einen Stein. A. J. BRADY.

63) **H. Halász** (Miskolcz, Ungarn). **Ein seltenerer Fall von Speichelsteinbildung.** *Orvosok lapja. No. 23. 1908.*

Der Stein lag in der Drüse. v. NAVRATIL-POLYAK.

64) **von Eicken** (Freiburg i. Br.). **Bemerkungen zu Gerber's Mittheilung über Hypopharyngoskopie in No. 53 der Berl. klin. Wochenschr. 1906.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 1. 1907.*

Verf. weist auf den Unterschied zwischen Gerber's Hypoharyngoskopie und seiner hin: bei seiner Methode sei der Angriffspunkt des Larynxhakens, der den Kehlkopf von der Wirbelsäule abzieht, in das Kehlkopfinnere verlegt, während Gerber an der hinteren Kehlkopffläche ansetzt.

Ausserdem wird bemerkt, dass dieses letztere Verfahren schon von Blumenfeld (Verhandl. des Vereins süddeutscher Laryngologen, S. 289) angegeben ist.

ALBANUS (ZARNIKO).

65) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Pharyngo-Laryngoskopie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19 S. 336. 1907.*

Verf. giebt Beschreibung und Abbildung eines von ihm zur combinirten Untersuchung von Hypopharynx und Larynx erfundenen Spatels, der sich als modificirter Zungenspatel darstellt. Er besteht aus dem abgebogenen 7,5 cm langen Handgriff, dem 10 cm langen wagerechten Mittelstück, das auf den Zungenrücken zu liegen kommt und aus dem sich nach unten zu verschmälernden Endstück, das über den Kehlkopf hinüber zwischen seine Hinterwand und Pharynxwand geschoben wird. Dieses ist ca. 10,5 cm lang und an seinem Ende ca. 1 cm breit. Die Erweiterungsmöglichkeit dieser engen Stelle des Hypopharynx ist nur eine beschränkte und für kurze Zeit ausführbare. Die Erweiterung wird durch Schluckenlassen des Patienten gefördert. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

66) **Lagarde** (Paris). **Demonstration von Instrumenten. (Présentation d'instruments.)** *Bulletin de la Société de Chirurgie. 12. Mai 1908.*

Es handelt sich um ein Tonsillotom, dessen Branchen erst gegen das Ende hin schneidend werden. Es wird so die Tonsille zuerst durch Druck gestielt gemacht und dann nur der Stiel durchschnitten. Es soll die Gefahr der Blutung vermindert werden. GONTIER de la ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

67) **B. Franklin Rogers, Paul G. Weston, Glen J. Clark. Eine Studie über Phagocytose bei Diphtherie. (A study of phagocytosis in diphtheria.)** *Journal of Medical Research. März 1908.*

Das Blut gesunder Individuen zeigt in der Praxis keine Phagocytose gegenüber Diphtheriebacillen. Dagegen findet man im Blut von Patienten, die an Diphtherie erkrankt sind, active Phagocytose gegenüber jenen Mikroorganismen. Die Phagocytose scheint ihren Höhepunkt am 4. Krankheitstage zu erreichen bei Patienten, die nicht mit Serum behandelt wurden. Diphtherieantitoxin hat keinen constanten Effect auf Phagocytose oder Leukocytose. EMIL MAYER.

68) **A. Reubsaet. Diagnose der diphtherischen Anginen. (Diagnostic des angines diphtériques.)** *La Clinique. 17. Januar 1908.*

Verf. bespricht detaillirt die Differentialdiagnose zwischen der diphtherischen Angina, der membranösen Angina und der membranösen, nicht diphtherischen Angina. In zweifelhaften Fällen räth Verf., nicht mit der Seruminjection zu warten, bis die bakteriologische Diagnose gesichert ist. A. CARTAZ.

69) **E. Burvill Holmes. Der Werth gefärbter Ausstriche bei der Diagnose der Diphtherie. (The value of stained smears in the diagnosis of diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 21. März 1908.*

Keine pseudomembranöse Angina soll als diphtherisch angesehen werden, wenn trotz sorgfältiger Untersuchung der Klebs-Löffler'sche Bacillus nicht gefunden wird. In jedem Fall, wie auch das klinische Bild sei, sollten Culturen und Ausstriche gemacht werden. Häufig zeigen Fälle, die das typische Bild der Angina follicularis bieten, eine grosse Zahl virulenter Bacillen. In zweifelhaften Fällen und bis zur Fertigstellung der Präparate sollen alle Fälle als diphtherische behandelt werden. Die Gruppirung der Bacillen ist beim Ausstrich wie bei der Cultur von grösserer Bedeutung, als die Morphologie. Für die unmittelbare Diagnose haben die Ausstrichpräparate grossen Werth. LEFFERTS.

70) **Robert E. Wodehouse. Resultate bei der Anwendung des nach der Gibson'schen Methode verbesserten und concentrirten Diphtherieantitoxin. (Results obtained from use of diphtheria antitoxine refined and concentrated by Gibson's method.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juni 1908.*

Gibson giebt eine Methode zur Verbesserung und Concentration von Diphtherieantitoxin durch Elimination nicht antitoxischer Substanz an (Journal of Biological Chemistry. I. 1906).

Verf. hat dieses Antitoxin in 345 Fällen angewandt. Da es so concentrirt ist, dass 1 ccm 1500 I.-E. enthält, so genügen für therapeutische Zwecke als erste Einspritzung 10 ccm. Hervorgehoben wird, dass die Allgemeinerscheinungen erheblich gemildert wurden und dass viel seltener, als bei der Anwendung des alten Antitoxins Erytheme nach der Einspritzung beobachtet wurden.

LEFFERTS.



e. Kehlkopf und Luftröhre.

71) **Ludwig Neufeld** (Berlin). **Ueber primären Larynxlupus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 118. 1907.*

N. fügt den bisher bekannten 24 Fällen aus der Literatur eine eigene Beobachtung hinzu.

Es handelt sich um eine Patientin, die ziemlich acut mit Heiserkeit erkrankte; auf der laryngealen Fläche der Epiglottis sieht man 6 hanfkorngrosse Knötchen von braunrother Farbe, an ihrer Spitze weisslich abgeblasst. Die falschen Stimmbänder sind in tumorartige Gebilde verwandelt; sie verlegen die vordere Glottis; man sieht auf ihnen ähnliche Prominenzen wie auf der Epiglottis. Nachdem Jodkali zu noch erheblicherer Schwellung der Taschenbänder geführt hatte, wird, schon wegen der bestehenden Athemnoth, die endolaryngeale Entfernung der rechten Taschenlippe vorgenommen. Aus der histologischen Untersuchung konnte die sichere Diagnose des primären Lupus gestellt werden. Später Entfernung der linken Taschenfalte und Milchsäurebehandlung. Abgesehen von einer geringen Verdickung des freien Epiglottisrandes und des vorderen Theiles beider Taschenbänder ist Patient geheilt. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

72) **R. Imhofer** (Prag). **Die Geschichte der Kehlkopftuberculose vor Erfindung des Kehlkopfspiegels.** *Bresgen's Sammlung zwangl. Abhandlungen. Marhold, Halle a/S. IX. 3/5. 1908.*

Cap. 1. Geschichte der Kehlkopftuberculose im griechischen und römischen Alterthum.

Hippokrates hat sie gekannt und ihren Zusammenhang mit der Lungentuberculose bemerkt. Celsus scheint ulceröse Processe des Larynx gekannt zu haben, ohne aber von einem Zusammenhang derselben mit Lungenphthise etwas zu wissen. Bei Aretaeus geht ebenfalls die Genauigkeit der Beobachtung und die Originalität der Darstellung zurück; ebenso bei Caelius Aurelianus.

Galenus bringt schwere ulceröse Veränderungen im Kehlkopf mit Ulcerationen in der Lunge in Zusammenhang. Mit ihm hat die Medicin ihren Höhepunkt erreicht. Die folgende byzantinische Epoche beschränkt sich auf die Erhaltung des Lehrgebäudes der Alten (Oribasius, Paulus von Aegina, Aëtius, Alexander von Tralles u. s. w.).

Cap. 2. Die Araber haben uns hier nichts Neues gebracht (Alsaharavius, Mesue, Avicenna, Rhases, Avenzoar, Serapion).

Cap. 3. Die Schule von Salerno, die Scholastiker und die Prärenaissance.

Die salernitanische Schule leistete auf diesem Gebiete sehr wenig (Plateaarius, Constantinus Africanus, Roger u. A.); die Scholastiker (unter Anderen v. Gordon, Joh. von Tornamira, Valescus von Taranta) besassen schon bessere Kenntnisse von der Kehlkopfanatomie. Savanarola machte den ersten Versuch, den Larynx resp. die Epiglottis zu besichtigen.

Cap. 4. Die Autoren des 16. Jahrhunderts versuchen durch anatomische und physiologische Forschungen der Medicin eine feste Basis zu geben,

aber die Laryngopathologie hatte wenig Nutzen davon (Peter Forestus, Joh. Heurnius, Fernelius Ambianus, Paracelsus, Donatus u. A.). Zwinger bringt die wichtige Neuerung, dass er die Infection des Kehlkopfes von der Lunge aus annimmt; Ambroise Paré erwähnt als erster Schluckbeschwerden als Zeichen von Geschwüren der Luftröhre.

Cap. 5. Die pathologische Anatomie der Larynxtuberculose im 17. und 18. Jahrhundert.

Bei Bonet findet sich manche interessante Mittheilung; der erste wirkliche pathologische Anatom ist Morgagni, aber auch bei ihm finden wir noch nicht eine unanfechtbar auf Kehlkopftuberculose zu beziehende pathologisch-anatomische Schilderung, aber manche hierher gehörige interessante Bemerkung. Es folgen Schacher, Haller, Lieutaud, der die erste einwandfreie pathologisch-anatomische Mittheilung einer Larynxtuberculose giebt. Bichat bringt wenigstens eine klare Schilderung der Symptome und des pathologisch-anatomischen Befundes.

Cap. 6. Die Kliniker des 17. Jahrhunderts.

Galen bleibt weiter in der Medicin tonangebend — Zacubus Lusitanus, Thomas Willis und Schneider, die die Lehre vom Katarrh reformiren, Dolaeus, Petraeus, Hercules Saxoniae Patavius, der das Kitzelgefühl im Kehlkopf und die Schluckschmerzen berücksichtigt. Baglivi und Morton werden pessimistisch in Bezug auf die Prognose. Von letzterem datirt die Geschichte der wissenschaftlichen Bearbeitung der Phthisis im Allgemeinen, dagegen hatte er in Bezug auf die Larynxtuberculose eine verfehlte Ansicht. — Es finden sich jetzt Anzeichen eines Bestrebens, Larynxerkrankungen local zu behandeln.

Cap. 7. Das 18. Jahrhundert.

Es bedeutet in Bezug auf die Schilderung und Abgrenzung eines bestimmten Krankheitsbildes einen entschiedenen Rückschritt (Hoffmann, Stahl); ausführlich äussert sich Verdue. Boerhave bringt bezüglich der Larynxtuberculose eigentlich Nichts, ebenso wenig van Swieten, de Haen, A. Störk, M. Stoll, J. P. Frank. Dagegen giebt Borsieri die erste zusammenfassende klinische Arbeit über Kehlkopftuberculose, und bei ihm beginnt die Geschichte ihrer Erkenntniss und Beschreibung des klinischen Individualbegriffs. Desault plaidirt für die extralaryngeale Operation.

Cap. 8. Die Monographien über Larynxphthise an der Wende des 18. und 19. Jahrhunderts.

J. stellt 30 Arbeiten zusammen und zeigt an ihnen, welch' heillose Verwirrung sie in die Lehre der Larynx- und Trachealphthise gebracht haben, indem sie eine Reihe anderer Krankheiten (Lues, Carcinom u. a.) unter ihren Begriff subsummirten und die Phthisis laryngea von der der Trachea (Cayol) und der der Lungen (Sauvée, Pravaz, Sigaud u. A.) trennten. Neue Gesichtspunkte brachte erst Louis, der die Verschwärungen des Kehlkopfes durch Lungensputum betonte, ohne aber die so entstandenen Ulcerationen als tuberculöse zu erkennen. Trousseau und Belloc bringen den Fortschritt, dass sie die Kehlkopfschwind-

sucht in eine einfache, syphilitische, krebsige und tuberculöse Form eintheilen. Bücheler weist der Lues laryngis eine Sonderstellung zu, Bell trennt Lues und Tuberculose, Andral weiss auch noch nicht recht, dass Lungen- und Larynxtuberculose den gleichen Process darstellen. Bell, J. Frank, Porter, Latham, Sachse, Beddinfeld und Glede empfehlen die Laryngotomie. Bell macht auch systematische Versuche einer endolaryngealen Behandlung und unabhängig von ihm Trousseau und Belloc.

Die erste richtige Anschauung von der Genese und pathologischen Dignität der Kehlkopftuberculose vom klinischen Standpunkt bringt J. P. Barth.

Cap. 9. Die pathologische Anatomie der Larynxtuberculose zu Beginn des 19. Jahrhunderts.

Meckel bringt als erster sie mit der Darmtuberculose in Zusammenhang. Bayle hat zuerst den Miliartuberkel beschrieben und ihn auch in Larynx und Trachea beobachtet; Laennec hat ihn als pathologisch-anatomische Individualität abgesondert, die Zugehörigkeit der sogenannten granulösen Phthise zur Phthisis tuberculosa dargethan und die ulceröse und canceröse Phthise aus dem Bilde der Tuberculose ausgeschieden. James Hope betont klar den Zusammenhang von Larynx und Lungenphthise. Als eigentlicher Begründer der pathologisch-anatomischen Lehre von der Kehlkopftuberculose werden Hasse und Rokitansky angesehen, denen übrigens auch noch manche Irrthümer unterliefen.

Cap. 10. Die Kenntniss der Kehlkopftuberculose zur Zeit der Erfindung der Laryngoskopie.

Unter Phthise verstand man zumeist jeden ulcerativen Zerstörungsprocess; eine Unterabtheilung war die Tuberculose. So hielt es auch noch Schönlein, und auch Piorry war die Einheitlichkeit des Begriffes der Tuberculose noch nicht klar, ebenso wenig wie Wunderlich, Cannstatt, Lebert und vielleicht auch Friedreich u. A.

Die Therapie bestand, wie bisher, in localen Applicationen, Inhalationen, Derivantien; die chirurgische Behandlung wurde eingeschränkt; Piorry empfahl die Schweigecur.

Pathologisch-anatomisch erkannte man sie als einheitliche Individualität an. Wislocki, Bock, Förster, Rheiner, dessen gründliche und hervorragende Arbeit aber keinen Fortschritt in der Entwickelung der Lehre von der Kehlkopftuberculose schuf. Willig brachte eine umfangreiche Statistik der Larynxphthise im Verhältniss zur Lungenphthise (13,8 pCt.).

A. ROSENBERG.

73) **R. Manasse** (Strassburg). **Ueber primäre Larynxtuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 240.*

Krankengeschichte mit Sectionsbericht und mikroskopischem Befund. Eine Frau erkrankt ziemlich acut an einer Larynxstenose, die durch einseitige Schwellung der subglottischen Partien bedingt ist. Nach Tracheotomie Exitus an doppelseitiger Pneumonie. Bei der Autopsie findet sich makroskopisch im Larynx nichts Pathologisches, mikroskopisch dagegen circumscripte Tuberculose an der Stelle jener subglottischen Schwellung, während der ganze übrige Körper frei von Tuberculose ist. Dies ist der fünfte bisher veröffentlichte Fall primärer Lungentuber-

culose. Die vier anderen stammen von Orth, E. Fränkel, Demme und Progrebinski.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

74) **Proust** (Paris). **Studie über die Dysphagie der Tuberculösen. (Étude de la dysphagie des tuberculeux.)** *Thèse de Paris. Mai 1908.*

Als locales Analgeticum empfiehlt Verfasser besonders Chloreton, das in Dampfform mittels der Fiocre'schen Röhre applicirt wird.

GONTIER DE LA ROCHE.

75) **G. Frischbier. Der Einfluss von Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett auf die Lungen- und Kehlkopftuberculose.** *Dissert. Freiburg 1906.*

An Hand von 28 Fällen unterstützt Verf. die bekannte Thatsache, dass Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett in den meisten Fällen einen ungünstigen Einfluss auf Entstehung und Verlauf der Lungen- und Kehlkopftuberculose ausüben.

Die künstliche Frühgeburt wirkt nur ausnahmsweise günstig; mehr leistet der künstliche Abort. Es ist zu wünschen, dass Lungenheilstätten tuberculöse Schwangere aufnehmen; erst hier soll dann nach einer ca. 4wöchigen Beobachtungszeit entschieden werden, ob der künstliche Abort einzuleiten ist oder nicht.

OPPIKOFER.

76) **Sokolowski** und **Debinski. Klinische Untersuchung über die Wirkung des Marmorek'schen antituberculösen Serums bei der Lungen- und Kehlkopftuberculose. (Badanie kliniczne nad suvowica pneciw gruzlicza Marmorka.)** *Gazeta Lekarska. No. 25. 1908.*

In einer ausführlichen Arbeit, die in extenso deutsch in der Zeitschrift für Tuberculose erschienen ist, werden genaue Krankheitsbeschreibungen und Resultate von Untersuchungen an 20 mit Lungentuberculose behafteten Kranken angegeben, die mit dieser Methode behandelt wurden. Bei 3 von diesen 20 Kranken existirten ebenfalls tuberculöse Larynxerscheinungen. Das Ergebniss dieser Behandlung war bei den letztgenannten Kranken leider negativ.

A. v. SOKOLOWSKI.

77) **Frank Alleman. Fremdkörper im Kehlkopf nebst Bericht über einen Fall. (Foreign body in the larynx with report of a case.)** *Pennsylvania Medical Journal. Mai 1907.*

Stückweise Entfernung einer Bohne aus dem Larynx eines 5jährigen Kindes nach vorausgegangener Tracheotomie.

EMIL MAYER.

78) **Stanton A. Friedberg. Fremdkörper $2^1/_2$ Jahre lang im Kehlkopf. (Foreign body in larynx for two and one half years.)** *Journal American Medical Association. 4. Januar 1908.*

Bemerkenswerth ist in dem Fall das lange Verweilen des Fremdkörpers, einer Oese, im Larynx. Die Oese sass, in eine Granulationsmasse eingebettet, oberhalb des Taschenbandes, während das eine ihrer gekrümmten Enden in den Ventrikel hineinragte. Ausser der Heiserkeit waren keine Symptome vorhanden. Der Fremdkörper konnte nach Ueberwindung einiger Schwierigkeiten entfernt werden.

EMIL MAYER.



79) **Lannois** und **Lecomte. Gebiss im Kehlkopf. (Dentier dans un larynx.)** *Société anatomique. 29. Mai 1908.*

Demonstration eines Stückes Prothese mit zwei Zähnen, das subglottisch gesessen hatte. Pat. war erstickt. GONTIER DE LA ROCHE.

80) **J. E. Franchere. Fremdkörper im Kehlkopf. (Foreign bodies in the larynx.)** *Journal of the American Medical Association. 28. März 1908. N. Y. Medical Journal. 4. April 1908.*

Verf. plaidirt dafür, dass vorläufig noch jeder Fall mitgetheilt werden soll; er bemängelt die im Gebrauch befindlichen Zangen zur Extraction der Fremdkörper und meint, dass in den Händen eines geübten Chirurgen die Laryngotomie ein sichereres und gefahrloseres Verfahren sei, als unzweckmässige Versuche eines unerfahrenen Laryngologen, den Fremdkörper per vias naturales zu entfernen.

EMIL MAYER.

81) **Guisez** (Paris). **Tracheoscopie.** *Société médicale des hôpitaux. 5. Juni 1908.*

Bei einer Frau, die bereits vorher wegen dyspnoischer Anfälle, die sich aber beiläufig wiederholten, tracheotomirt war, constatirte Verf. mittels der Tracheoskopie das Vorhandensein einer doppelten Klappe im oberen Theil der Trachea. Die Durchtrennung einer dieser Klappen, die wahrscheinlich angeboren waren, brachte die Symptome zum Verschwinden. GONTIER DE LA ROCHE.

82) **Glinski. Ein Fall eines Fremdkörpers in der Trachea. (Okaz ciata obcego w tchawicy.)** *Przeglad Lekarski. No. 21. 1908.*

Verf. zeigte einen Fremdkörper vor, der von der Leiche eines 4 jährigen Knaben herrührte, der eine Woche vor seinem Tode sich verschluckt haben soll. Nachdem das Kind erst nach einer Woche ins Krankenhaus überführt worden war, starb es in einigen Stunden plötzlich unter Anzeichen des Erstickens. Die Autopsie ergab das Vorhandensein einer grossen Bohne, die theilweise in den linken Bronchus eingekeilt war und ihn vollständig verstopfte, theilweise in das Lumen der Trachea über dem linken Bronchus hervorragte, den sie bedeutend verengte. Ausserdem stellte man eine ziemlich ausgebreitete eitrig lobuläre Lungenentzündung und rechtsseitige fibrinöse Pleuritis fest. Die unmittelbare Ursache des Todes war Erstickung in Folge der plötzlichen Verstopfung des Bronchus mit der von einer anderen Stelle verschobenen Bohne. A. v. SOKOLOWSKI.

83) **Franz Nowotny** (Krakau). **Bronchoskopie und bronchoskopische Behandlung von Bronchialasthma.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1907.*

Autor berichtet über 3 Fälle von Bronchialasthma, bei denen die Ausführung der Bronchoskopie unter entsprechender ausgiebiger Verwendung von Cocain-Adrenalin ein sofortiges Nachlassen der Beschwerden und eine dauernde Besserung aller Symptome erzielte; die wiederholte Vornahme der Bronchoskopie brachte subjectiv und objectiv derartige Besserung der Symptome, dass N. für ausgewählte Fälle diese Methode als ausgezeichnete Therapie empfiehlt. Den Erfolg erklärt Verf. damit, dass durch die Cocain-Adrenalin-Application eine ausgiebige Ab-

schwellung der geschwollenen Bronchialschleimhaut bis in die Bronchiolen hinab erzielt werde, und dass andererseits die Bronchoskopie eine Expectoration in die Wege leite, wie sie durch kein anderes Mittel erreicht werde. Anschliessend theoretische Erörterungen über das Wesen des Bronchialasthmas unter kritischer Besprechung der einschlägigen Litteratur.

HECHT.

84) **Gottstein** (Breslau). **Zur Technik der Bronchoskopie.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 9. 1907.*

Beschreibung und Abbildung des Instrumentariums. Um mit dem Tubus in die Glottis zu gelangen, führt Verf. nach Aufsuchen der Stimmbänder einen keilförmigen Mandrin in das Rohr ein und passirt so die Glottis. Dieses keilförmige Ansatzstück des Mandrins sitzt an einem biegsamen Stabe, der sich gebogen bequem durch ein auf den Tubus aufgesetztes Trichterstück, an welchem sich die Lichtquelle befindet, einführen lässt. Durch das gebogene Einführen des Mandrins durch den aufgesetzten weiteren Trichter ist es möglich, das Auge nicht vom Rohrende entfernen zu müssen, was die Controlle des erst vor der Glottis, dann in der Glottis befindlichen Rohrendes sehr erleichtert.

ALBANUS (ZARNIKO).

85) **V. Pochoy. Indicationen und Contraindicationen der oberen und unteren Bronchoskopie. (Indications et contraindications de la bronchoscopie supérieure et inférieure.)** *Thèse de Bordeaux. 1905.*

In der unter der Leitung von Moure entstandenen Dissertation giebt P. vorerst einen Ueberblick über die Entwicklung der oberen und unteren Bronchoskopie; dann folgen 51 Krankengeschichten, von denen 2 (aus der Klinik von Moure) noch nicht veröffentlicht sind. Bei Besprechung der Indicationen empfiehlt P., nicht hartnäckig auf der Ausführung der oberen Bronchoskopie zu verharren; er endigt seine Arbeit mit einem Ausspruch von Sébileau: ich fühle mich mehr hingezogen zu der leicht auszuführenden unteren als zu der eleganten aber schwierigen oberen Bronchoskopie.

OPPIKOFER.

86) **von Eicken. Ueber Bronchoskopie bei Fremdkörpern.** (Aus der laryngorhinol. Universitätsklinik in Freiburg i. Br.). *Deutsche med. Wochenschrift. No. 17. 1908.*

Bericht über 15 Fälle seit Januar 1907, in welchen durch die Bronchoskopie 12 mal das Vorhandensein, 2 mal das Fehlen von Fremdkörpern und 1 mal schwere Veränderungen im Bronchus constatirt wurden, die nur auf einen Fremdkörper zu beziehen waren. 8 mal erfolgte Extraction, 1 mal theils durch Aushusten und Extraction, 2 mal durch Aushusten durch das Rohr und nur 1 mal war es in Folge starker entzündlicher Veränderungen unmöglich, den Fremdkörper zu entfernen. In 7 Fällen Localanästhesie, in 8 Fällen, von denen 4 von Killian in New York ausgeführt wurden, Allgemeinnarkose. Empfehlung des Instrumentariums von Brünings.

HANSZEL.

87) **Ch. Johnson. Casuistischer Beitrag zur Würdigung der Bronchoskopie.** *Dissert. Kiel 1905.*

Bei dem 9 jährigen Knaben wurde ein Sattlernagel, der fast 10 Monate im

rechten Bronchus gelegen hatte, mit Hilfe der Bronch. inf. durch Prof. Helferich entfernt.

OPPIKOFER.

88) E. Miller. **Ueber einen Fall von einem Fremdkörper in den Luftwegen.** *Dissert. Erlangen 1906.*

Bei dem $5^1/_2$ jährigen Knaben wurde eine 3—4 cm lange blecherne Bleistifthülse, wie Auscultation, Percussion und Röntgenaufnahme zeigten, in den rechten Bronchus aspirirt. Nach 6 Wochen linke Oberlappenpneumonie, im 5. Monate croupöse Pneumonie des verstopften rechten Unterlappens. Nach 13 Monaten plötzlich beim Spielen Erstickungsanfall und Exitus. Der Fremdkörper war, wie die Section zeigte, aus der grösstentheils verödeten rechten Lunge in die linke athmende Lunge aspirirt worden. Die Schleimhaut des rechten Bronchus, in der der Fremdkörper ursprünglich gelegen hatte, zeigte sich verdickt von epithelähnlichem Aussehen. Die Bronchoskopie wird nicht erwähnt.

OPPIKOFER.

89) N. Anstett. **Ueber acuten Verschluss des Hauptbronchus durch einen Fremdkörper und Aetiologie des Bronchialathmens bei Pneumonie.** *Dissertation. München 1906.*

Die Auscultation und die Percussion, sowie die spätere Section zeigten, dass bei dem 33jährigen Küfer der Korkpfropf den Hauptbronchus der linken Lunge vollständig abschloss. Eigenthümlicher Weise wurde die Bronchoskopie unterlassen. 40 Tage nach der Aspiration des Fremdkörpers starb Patient an chronischer Pneumonie.

OPPIKOFER.

90) Emil Mayer. **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Bronchus. (Foreign body removed from bronchus.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Der 28jährige Patient hatte 6 Monate vorher ein Knochenstück aspirirt, das in den linken Bronchus gerieth. Erst bei der sechsten unter Localanästhesie ausgeführten Untersuchung gelang es, den Fremdkörper zu entdecken, er konnte jedoch nicht entfernt werden, da der Patient zu erschöpft war. Am nächsten Tage hatte Pat. einen heftigen Hustenanfall und der Knochen, der wahrscheinlich durch die verschiedenen Manipulationen gelockert war, wurde ausgehustet.

AUTOREFERAT.

91) Jacobson (Berlin). **Demonstration einer aus dem rechten Bronchus eines dreijährigen Kindes mittels oberer Bronchoskopie entfernten Bleiplombe.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 33. 1907.*

Die Bleiplombe lag 10 Tage im rechten Hauptbronchus, hatte kein Fieber verursacht, war im Röntgenogramm sichtbar. Bei dem ersten Extractionsversuch in Chloroformnarkose trat ein asphyktischer Anfall auf, erst 2 Tage später gelang die Extraction mit einer Kornzange. Lumen des benutzten Tubus: 9 mm, Entfernung des Fremdkörpers von der oberen Zahnreihe 22 cm. ALBANUS (ZARNIKO).

92) H. von Schrötter (Wien). **Fremdkörper zwei Jahre im linken Bronchus, Extraction auf directem Wege, Heilung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51. 1907.*

Im Anschluss an das Verschlucken eines Knochenstückes traten bei einem

52jährigen Patienten Husten, Athembeschwerden, übelriechender Auswurf, Abmagerung im Laufe von 2 Jahren auf. Die Untersuchung ergab: Verdickung der Fingerendglieder, Athemgeräusch links vorne ausserhalb der Herzgrenze und gegen die Axillarlinie zu deutlich gegenüber der rechten Seite abgeschwächt. Daselbst keine Rasselgeräusche. Expectoration massenhaften graugrünen putriden Sputums. Respiratorische Verschieblichkeit der linken Lunge verringert. Bei der Radioskopie links, ausserhalb des Herzrandes ein unscharfer schwacher Schattenfleck. Bronchoskopie in sitzender Stellung, Localanästhesie. Bifurcationssporn steht extramedian links, Eingang in den linken Bronchus verkleinert. Eingehen mit einem Rohr (Durchmesser = 11 mm) in den linken Bronchus ergiebt folgendes Bild: in reichlichen Granulationsmassen liegt ein schmales, weisses, die Lichtung schräg durchziehendes Gebilde. 34 cm Abstand von der Zahnreihe. Störende Absonderung eitrigen Secretes. Saugpumpe, Adrenalin. Nachdem noch ein dünnerer Tubus (8 mm) eingeführt wurde zur besseren Orientirung, gelingt es durch einen 11 mm-Tubus mit einer Pincette den Körper zu fassen, und mit dem Tubus zusammen zu extrahiren: halbrinnenförmiges Knochenstück von 2 cm Länge, 1 cm Breite. Sofort Erleichterung des Kranken. Bald Nachlass der Expectoration, so dass nach 3 Monaten nur ganz mässige, nicht putride Secretion besteht und der Patient seinen Beruf — Bereiter — wieder ergreifen kann.

Das Bemerkenswerthe an dem Falle ist die lange Dauer des Verweilens des Fremdkörpers, der Sitz im linken Bronchus und die schnelle Besserung der putriden Bronchitis nach der Extraction.

Verf. empfiehlt deshalb, bei Fremdkörperverdacht einen Extractionsversuch zu unternehmen, weil es dafür „nie zu spät“ sei. ALBANUS (ZARNIKO).

93) **Emil Mayer. Bronchoskospie; nebst einer Demonstration der gebräuchlichen Instrumente und deren Anwendung. (Bronchoscopy; with a demonstration of the instruments used and their application.)** *N. Y. Medical Record. 3. August 1907.*

Verf. demonstrirt bei dieser Gelegenheit ein halbes Dutzend Fremdkörper, die in New York während des letzten Jahres aus den Bronchien des Patienten entfernt wurden. Nach einer Würdigung der Bedeutung, die der Bronchoskopie zuerkannt werden muss, erörtert Verf. die Fragen, wie schnell man an die Extraction des Fremdkörpers herangehen soll und ob die Tracheotomie vorausgeschickt werden soll oder nicht. Er beantwortet dies dahin, dass obstruirende Körper sofort entfernt werden sollen, dass man dagegen mit der Extraction metallischer oder anderer Substanzen, die die Bronchien nicht verschliessen, bis zu gelegener Zeit warten könne. Die Tracheotomie soll nur bei ganz kleinen Kindern, deren Larynx für die Einführung eines Tubus zu eng ist, gemacht werden. Verf. betont dann die Wichtigkeit, die der Tracheo- und Bronchoskopie, ausser für die Entfernung von Fremdkörpern auch für die Diagnose sonstiger krankhafter Zustände zukomme.

LEFFERTS.

94) **Sidney Yankauer. Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Bronchus. (Foreign body removed from bronchus.)** *The Laryngoscope. December 1907.*

Das 5 Jahre alte Kind hatte vor 6 Wochen ein Stück Kern einer Erdnuss

(peanut) aspirirt. Es bestand seitdem ein Husten vom Charakter des Keuchhustens. Der Fremdkörper wurde mittels des Bronchoskops im rechten Bronchus entdeckt und stückchenweise extrahirt.

EMIL MAYER

95) **Wm. D. Haggard. Entfernung einer Patronenhülse aus dem linken Bronchus mittels der Tracheotomia inferior. Heilung. (Removal of a cartridge hull from the left bronchus by low tracheotomy. Recovery.)** *Memphis Medical Monthly. September 1907.*

Ein 8jähriger Knabe hatte eine Patronenhülse aspirirt. Nach 7 Monaten wurde die Tracheotomia inferior ausgeführt. Es gelang — augenscheinlich ohne Anwendung eines Bronchoskops — den Fremdkörper in die Trachealwunde hinaufzuziehen und dann mittels einer Zange zu extrahiren.

EMIL MAYER.

96) **Urbano Melzi. Fremdkörper im linken Bronchus eines 6jährigen Knaben; Extraction mittels der unteren Bronchoskopie. (Corpo straniero nel bronco sinistro di un bambino di sei anni; estrazione colla broncoscopia inferiore.)** *Atti della Società Milanese di Medicina e Biologia. Bd. II. Heft 2. 1908.*

Der Fremdkörper war vor 4 Monaten aspirirt worden; das Röntgenbild zeigte ihn im 6. linken Intercostalraum. Verf. machte die tiefe Tracheotomie, führte nach 3 Tagen durch die Trachealfistel ein 15 cm langes Rohr ein. Da der Fremdkörper, den er im linken Bronchus entdeckte, fest in die geschwollene Schleimhaut eingekeilt war, so brachte er diese erst durch eine Adrenalinpinselung zum Abschwellen, worauf die Extraction leicht gelang. Es handelte sich um ein Bleistück.

FINDER.

97) **Wm. Murrell** (London). **Die Aspiration eines Stückes Zahn in einen Bronchus. (The aspiration of a portion of a tooth into a bronchus.)** *The Clinical Journal London. Bd. 31. No. 16. 29. Januar 1908.*

Fall eines Mädchens, dem in einer Sitzung 23 Zahnstümpfe unter Chloroformnarkose entfernt wurden. Nach der Operation litt Patientin an trockenem Husten, Schmerzen in der linken Seite, Temperatursteigerungen. Nach Ablauf von Monaten hustete sie die Palatinalwurzel des ersten oberen Molaris aus. Verf. theilt ausführlich die Geschichte des Falles während der folgenden Jahre mit, er berichtet dann noch über einen ähnlichen Fall.

JAMES DONELAN.

98) **E. Fletcher Ingals. Entfernung einer Nadel aus der Lunge durch die obere Bronchoskopie. (Removal of a pin from lung by upper bronchoscopy.)** *Journal American Medical Association. 7. März 1908.*

Verf. beschreibt die Entfernung des Fremdkörpers, die ihm mittels seines Nadelfinders gelang; besonders hervorzuheben ist, dass der Operateur, als mittels der Killian'schen Beleuchtung der Fremdkörper nicht zu sehen war, ein Mignonlämpchen in das Bronchoskop bis zu dessen distalem Ende einführte und so den Fremdkörper zu Gesichte bekam.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

99) **Herman Tuholske. Beobachtungen über die Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. (Observations on the thyroid and parathyroid.)** *M. Y. Medical Record. 13. Juni 1908.*

Die neueren Forschungen zwingen uns, den Gedanken, als ob Schilddrüse und Nebenschilddrüsen in physiologischer und morphologischer Beziehung gleich wären, aufzugeben und anzuerkennen, dass es sich um zwei verschiedene Dinge handelt. Man hat beobachtet, dass, wenn die Thyreoidvenen bei Hunden unterbunden wurden, die erst geschwollenen Drüsen eine gewisse Atrophie eingingen. Von dieser Beobachtung ausgehend hat Verf. bei einem Patienten mit starkem Exophthalmus die Venen unterbunden.

LEFFERTS.

100) **W. G. Mac Callum. Ueber die Beziehung der Nebenschilddrüsen zum Calciumstoffwechsel und die Natur der Tetanie. (On the relation of the parathyroid glands to calcium metabolism and the nature of tetany.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Mai 1908.*

Verf. meint, dass die convulsiven und anderen Symptome der Tetanie, die eine Folge der Exstirpation der Parathyroiddrüsen sind, durch Darreichung löslicher Calciumsalze günstig beeinflusst werden können, besonders wenn diese intravenös beigebracht werden. Stoffwechseluntersuchungen bei Hunden mit Tetanie zeigten, dass die Calciumausscheidung gesteigert war, während das Blut und die Gewebe arm an Calcium waren. Verf. meint, es wäre denkbar, dass die Parathyroiddrüsen den Calciumstoffwechsel regeln und dass Mangel an Calcium im Gehirn und den Geweben die Ursache für die Tetanie abgebe.

LEFFERTS.

101) **Guillemot** (Paris.) **Morbus Basedow bei einem 9jährigen Kind. (Goitre exophthalmique chez un enfant de neuf ans.)** *Société anatomique. 11. October 1907.*

Es wurde erhebliche Besserung durch Anwendung von Hämato-Thyreoidin erzielt.

GONTIER de la ROCHE.

102) **Louis B. Wilson. Die Pathologie des Morbus Basedow. (The pathology of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Juni 1908.*

Die Studie gründet sich auf fast 300 von C. H. Mayo behandelte Fälle. Verf. theilt die operativen Fälle ein in acht Gruppen.

LEFFERTS.

103) **James M. Jackson** und **Louis G. Mead. Einige klinische Beobachtungen über die Diagnose und Behandlung des Morbus Basedow. (Some clinical observations on the diagnosis and treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 21. März 1908.*

Verff. sind nicht dafür, Frühfälle chirurgisch zu behandeln, da man in 70 bis 80 pCt. der Fälle durch medicamentöse Behandlung Heilung erzielt. Dies trifft besonders zu für die formes frustes, mehr für die Fälle, die sich allmählich entwickeln, als für die, die plötzlich mit aller Gewalt einsetzen, mehr für alte, als für junge Patienten. Es bleiben jedoch immer noch Fälle für die chirurgische

Behandlung übrig, so, wenn die Schilddrüse so stark wird, dass Compressionserscheinungen resultiren oder wenn sich der Zustand unter der medicamentösen Behandlung schnell verschlechtert. Organische Herzveränderungen und schlechter Allgemeinzustand sind sichere Contraindicationen gegen die Operation.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

104) **Martens** (Berlin). **Demonstration eines Falles von Oesophagusdivertikel.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. Vereinsbeilage. 1907.*

Eine Röntgenaufnahme des Divertikels (Füllung mit Wismuth-Kartoffelbrei) zeigte eine Ausdehnung desselben vom 7. Hals- bis zum 4. Brustwirbel.

ALBANUS (ZARNIKO).

105) **Schick** (Orscha). **Ueber nekrotisirende Entzündung des Oesophagus bei Scharlach.** *Dissert. Basel 1907.*

Sehr seltene Fälle. Referirt sind zwei Beispiele von E. Fränkel und acht aus dem pathologischen Institut von Basel. Die Nekrose ist bald schon im Rachen und Kehlkopf und von da bis zur Cardia mehr oder weniger dicht und tiefgreifend verbreitet oder sie befällt den Oesophagus allein. In allen Fällen ist der Sectionsbefund, in mehreren auch mikroskopisch erhoben.

Verf. nimmt nach Heubner an, dass die Nekrose durch secundäre Invasion von Streptokokken ins Gewebe entstehen, welche durch das hypothetische Scharlachgift schon abgestorben sind.

JONQUIÈRE.

106) **Rueda** (Madrid). **Fremdkörper des Oesophagus. (Cuerpo extrano del esófago.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. I.*

Es handelte sich um eine vor 4 Tagen verschluckte Zahnplatte. Oesophagoskopie negativ, weil die Enden des Gebisses in der entzündeten Speiseröhrenschleimhaut eingekeilt waren. Oesophagotomia externa; Tod nach 3 Tagen infolge innerer Blutung.

TAPIA.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Rabot, Sargnon** und **Barlatier. Verengerungen des Kehlkopfes und der Luftröhre nach der Intubation und Tracheotomie. (Rétrécissement du larynx et de la trachée consécutifs au tubage et à la trachéotomie.)** A. Maloine. Paris-Lyon.

Es werden nach dem Tode Rabot's von Sargnon und Barlatier auf Grund gemeinsam behandelter Fälle mit Verwerthung der entsprechenden Literatur, Verengerungen des Kehlkopfes besprochen, die nach Intubationen und Tracheotomie bei Kindern öfters zurückbleiben. Nach Besprechung des Einflusses von verschiedenen Kehlkopferkrankungen werden die durch den Tubus und die Trachealcanüle bedingten Beschädigungen beschrieben: Durch ungeschicktes Intubiren können selbst grobe Verletzungen des Kehlkopfes verursacht werden; sie sind vom

Decubitus zu unterscheiden, der dem beständigen Druck des Tubus sein Entstehen verdankt und dem Ringknorpelbogen entsprechend, an der vorderen Kehlkopfwand entsteht. Er bildet sich um so leichter aus, je jünger das Kind, entsteht aber hauptsächlich bei entzündlichen Vorgängen im Kehlkopfe, die bei allgemeinen Infectionen (Masern, Scharlach) auftreten, viel seltener bei der echten Diphtherie. Wiederholte Intubationen, längeres Verweilen des Tubus im Larynx und besonders dessen übermässige Dicke, tragen zum Entstehen des Decubitus bei. Auch die Tracheotomie kann eine bleibende Stenose zur Folge haben; die Cricotomie ruft sogar öfters eine Perichondritis mit bleibender Unbeweglichkeit der Aryknorpel hervor (letzteres könnte Referent nicht bestätigen). Der Kehlkopf verengt sich auch bei längerem Mangel der Perspiration (nicht gefensterte Canülen); vor Allem aber wird das Luftrohr durch die Canüle so verkrümmt, dass die hintere Wand einen keilartigen Vorsprung bildet, der nach dem Decanulement bis an die zusammengezogene Trachealfistel vorragen kann. Zur Stenose können auch Granulationswucherungen in der Fistelgegend beitragen. Das untere Canülenende kann durch Druck auf die Trachealwand Decubitus hervorrufen; selten entsteht letzterer dem Tubusende entsprechend. — Krankhafte Vorgänge die hier entstehen, kann man als ulcerative, vegetative und narbige unterscheiden; sie werden öfters von Verbiegungen der Wände des Luftrohres begleitet. Nicht selten muss nach dem Decanulement die Canüle nur wegen des Glottiskrampfes wieder eingeführt werden (Referent könnte damit nicht übereinstimmen). Die ulcerativen Vorgänge können auch recht tief greifen und sogar von perilaryngealen und peritrachealen Eiterungen begleitet werden; die vegetativen stellen Granulome oder diffuse Wulstungen, besonders unter der Glottis dar. Die Narben können verschieden lange Strecken einnehmen, sie können den Kehlkopf nur verengern, oder auch gänzlich verschliessen. Die Verengerungen können über der Canüle, unter derselben, oder in der Höhe der Trachealfistel (nach dem Decanulement) sich befinden. Es wird dann die Symptomatologie und Diagnostik der Stenosen besprochen, wobei auch verschiedene Untersuchungsmethoden berücksichtigt werden. Hier muss ich das von Sargnon angegebene Speculum zur Untersuchung des Kehlkopfes von unten durch die Trachealfistel erwähnen. Bei der Prognose wurden auch verschiedene Uebelstände angeführt, die durch längeren Gebrauch der Canüle veranlasst werden können.

Bei der Behandlung wird zunächst die Frage erörtert, wann die Intubation und wann die Tracheotomie vorzuziehen ist. Erstere soll nur bei der echten Diphtherie, nicht aber bei secundären Diphtheroiden angewendet werden; sie kann aber auch im Beginn der syphilitischen Stenosen, sowie bei Kehlkopffracturen mitunter nützlich sein. Beim Intubiren sind entsprechende Vorsichtsmaassregeln immer zu beachten; wird die Intubation durch einen Glottiskrampf verhindert (dem Referenten ist dieses Vorkommniss nicht bekannt), so soll sie nicht forcirt, sondern die Tracheotomie ausgeführt werden. Die Intubation darf nicht länger als 3 bis 6 Tage dauern und nicht mehr als 2mal wiederholt werden. Bei der Tracheotomie ist der Ringknorpel zu schonen und nur die Trachea zu eröffnen; die Canüle soll, soweit möglich, nicht über 8 Tage gebraucht werden. Event. ist die Tracheotomie der prolongirten Intubation vorzuziehen. Kann man die Canüle nicht bald entfernen,

so ist die Dilatation, allerdings erst nach dem Ablaufe der entzündlichen Vorgänge, vorzunehmen. Jetzt werden die verschiedenen Dilatationsmethoden beschrieben: Zuerst werden dilatirende Canülen, darunter auch T-Canülen angeführt, weiter folgen Dilatatoren aus Metall oder Hartgummi und zuletzt wird die Anwendung elastischer Kautschuckröhrchen zur Dilatation mit Laminaria und zuletzt mit den Tuben und zwar ohne, oder nach der Tracheotomie, ohne, oder mit der Fixation in der Trachealfistel, dargestellt, wobei verschiedene Methoden und deren Modification berücksichtigt werden.

Die operative Behandlung beginnt mit Besprechung der Eingriffe im Kehlkopfe und in der Luftröhre, die beim Laryngoskop, durch das tracheoskopische Rohr, oder durch die Trachealfistel vorgenommen werden können. Dann folgt die Beschreibung der operativen Eingriffe von aussen: Zuerst wird die Tracheotomie, dann die Laryngofissur beschrieben und zuletzt die Laryngostomie ausführlich dargestellt. Es ist dies die Laryngofissur, bei welcher die Spalte zwischen den Schildknorpelplatten offen gelassen wird; Killian hat sie als Voract zur Dilatation 1906 auszuführen begonnen. (Mikulicz that dies indessen noch früher, s. Kümmel, Arch. f. Laryng. 1906). Ich liess auch die Spalte nach der Laryngofissur in einigen Fällen von Stenosen nach Perichondritis offen, um eventuell nöthige Excisionen im Kehlkopf mehrmals wiederholen zu können (vgl. Przeglad Chirurgiczny. Warschau 1894. Ref.). Die grösste Zahl der Laryngostomien wurde in Frankreich gemacht. Bei dieser Operation wird nun der Kehlkopf bis an den oberen Rand des Schildknorpels mitten gespalten, dabei sollen die eventuell über der Canüle befindlichen Trachealknorpel, wenn sie nicht ein Lumen von normaler Weite einschliessen, auch gespalten werden. Das verengernde oder verschliessende Narbengewebe ist bis an die Ringknorpelplatte median zu spalten und nur soweit auszuschneiden, dass sich ein Drainrohr hineinlegen lässt; nur membranartige Narben dürfen ganz ausgeschnitten werden. Dann soll die Haut mit der Schleimhaut, resp. mit den Narben durch Nähte vereinigt werden, was indessen nicht alle thun. Es wird nachher ein mit Vaselin leicht beschmiertes Drainrohr aus gelbem Kautschuk in die Wunde so hineingelegt, dass sein oberes Ende die Aryknorpel nicht überragt, während das untere bis an die Canüle reicht, oder noch besser, wenn es schief abgeschnitten ist, hinter der Canüle etwas herabläuft und dadurch das Vorspringen der hinteren Wand beseitigt. Das Drainrohr wird durch Fäden an die Canüle angebunden, die dazu von Sargnon eigens modificirt ist und die Kehlkopfspalte mit vaselinirter Gaze ausgefüllt. Das Drainrohr soll gut desinficirt, seine Ränder gut abgerundet sein; er muss anfangs jeden Tag, dann alle paar Tage gewechselt werden.

Es entsteht nun in der ersten Woche unter dem Druck des Drains oberflächliche Nekrose des stenosirenden Gewebes; dann bilden sich Granulationen, deren Wucherung durch Lapisstift zu beschränken ist, nach etwa einem Monate fängt die Ueberhäutung der Wundflächen an. Zu dieser Zeit soll man allmählich immer dickere Drainrohre anwenden und auf diese Weise durch mehrere Monate systematisch dilatiren, bis ein die normale Weite übersteigendes Lumen hergestellt wird. Schliesslich lässt man die Kehlkopfspalte spontan allmählig verheilen und entfernt dann den Drain in der Canüle, oder lässt noch letztere allein einige Tage

zugestopft tragen. Vor der Vornahme der Plastik an der Trachealfistel soll man jedoch nach dem Decanülement mehrere Monate abwarten, um beim eventuellen Zurückkehren der Stenose, letzterer gleich im Anfang durch die Dilatation zuvorzukommen. Die Laryngostomie wird besonders bei den nach Intubationen tracheotomirten Kindern empfohlen; sonst ist bei Tracheotomirten zuerst die Dilatation vorzunehmen. Ausserdem dürfte die Laryngostomie auch bei recidivirenden Papillomen, oder auch tuberculösen Infiltraten manchmal angezeigt sein.

Diese Behandlungsmethode, bei welcher die Verfasser auch in solchen Fällen gute Erfolge erreicht haben, in denen auf andere Art und Weise gar nichts erreicht werden konnte, wird von ihnen ausführlich und mit einer Vorliebe bearbeitet. Sie haben 6 Kranke direct, andere 11 erst nach der Laryngostomie mit der „Kautschuckdilatation" behandelt und bis auf einen Todesfall immer guten Erfolg gehabt. Sie führen noch Publicationen über die Laryngostomie an, worauf die Resection des stenosirten Segmentes des Luftrohres nach Gluck und dann die Plastik der Trachealfistel nach Berger und nach Gluck dargestellt wird. Nachher werden ausführliche Beobachtungen mehrerer, grösstentheils eigener Fälle mitgetheilt und zum Schluss Uebersichtstabellen von auf verschiedene Weise behandelten Stenosenfällen aus der Litteratur zusammengestellt. Gründliche Bearbeitung des Stoffes, richtige Verwerthung eigener, relativ reicher Erfahrung, sowie die Berücksichtigung fremder Erfahrungen, machen die Lectüre des Werkes angenehm und nützlich, während günstige Erfolge, die Verfasser in einer Reihe von Fällen erreicht haben, es erlauben zu hoffen, dass wir in der neuen Behandlungsmethode einen wesentlichen Fortschritt unserer mechanischen Therapie in den Stenosen der Luftwege gewinnen werden. Pieniazek.

---

b) J. Hofbauer. Larynx und Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geburtshülfe u. Gynäkol. Bd. 28. H. 1.

H. hat an 8 Kehlköpfen von schwangeren Frauen, die kurz vor oder nach der Entbindung an intercurrenten Erkrankungen gestorben waren, Untersuchungen darüber angestellt, ob die Schwangerschaft auf die feineren Structurverhältnisse des Kehlkopfes einen Einfluss ausübt. Er fand in 7 von diesen 8 Fällen eine stärkere Füllung der Blutgefässe, zellige Infiltration des subepithelialen Gewebes und der tieferliegenden Bindegewebsschichten, Papillenbildung an der hinteren Wand, an den Taschen- und stellenweise auch an den wahren Stimmbändern, endlich eine ausgedehnte Metaplasie des Epithels, das in grosser Ausdehnung einen mehr oder weniger ausgedehnten Charakter angenommen hat — also eine acut entstandene Pachydermie.

Dann hat H. gemeinschaftlich mit Gerber und Cohn (Königsberg i. Pr.) die Kehlköpfe einer grösseren Anzahl von Schwangeren klinisch untersucht, um festzustellen, ob den geschilderten mikroskopischen Veränderungen charakteristische Eigenthümlichkeiten im Spiegelbild entsprächen. Das Ergebniss dieser Untersuchung war folgendes: in 25 pCt. der Fälle zeigte der Kehlkopf keinerlei Veränderung; bei den übrigen Frauen wurde ausnahmslos eine mehr oder weniger ausgesprochene, immer aber charakteristische Veränderung gefunden, die sich

durch Röthung und Anfleckung der Schleimhaut an den Taschenbändern, an den Aryknorpeln und der Interarytaenoidgegend charakterisirte.

Dieser Befund wurde gewöhnlich erst nach dem ersten Drittheil der Schwangerschaft constatirt, in späteren Schwangerschaften pflegte er stärker zu sein als in der ersten.

H. weist auf die klinische Bedeutung der von ihm gefundenen Thatsachen hin, welche einerseits leicht zu falschen Deutungen führen können, andererseits die Hartnäckigkeit und Gefährlichkeit vieler Kehlkopfaffectionen während der Gravidität, besonders der Tuberculose erklären.

Zum Schluss ventilirt er die Frage, ob sich von den „laryngealen Genitalstellen“ die Vorgänge bei der Geburt etc. in ähnlichem Sinne beeinflussen lassen, wie von den nasalen Genitalstellen aus. A. Kuttner.

---

c) Sitzungsbericht der Ungarischen laryngologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 19. November 1907.

Vorsitzender: E. v. Navratil.

Schriftführer: A. Lipscher.

1. Baumgarten: Fall von beiderseitiger Recurrenslähmung.

Neben beiderseitiger Posticuslähmung bestand Hemiatrophie der Zunge und Gaumensegellähmung rechterseits. Syringomyelie und Syringobulbie.

2. D. v. Navratil: Zwei Fälle von einseitiger Recurrenslähmung.

I. 28jähriger Kranker; linksseitige Recurrenslähmung; Röntgenuntersuchung constatirt kleines Aneurysma aortae ascendentis (vor 9 Jahren Fractur des linken Schlüsselbeins).

II. 65jähriger Kranker; linkes Stimmband in Cadaverstellung. Spuren längst überstandener Lues und Arteriosklerose. Mit Röntgenstrahlen kleines Aneurysma arcus aortae nachweisbar.

Onodi betont die Wichtigkeit der Untersuchung auf Sensibilität bei Drucklähmung des Recurrens.

E. v. Navratil weist auf die Wichtigkeit der Laryngoskopie und der Röntgenuntersuchung hin, welche bei Ermangelung anderer Symptome das Aneurysma nachweisbar machen.

3. Donogány: Fibromyoma laryngis.

Bei einem 10jährigen Knaben exstirpirte D. nach vorhergehender Tracheotomie mittelst Schlinge vom linken Taschenbande einen haselnussgrossen Tumor. Histologisch: Fibromyom.

4. Zwillinger: Ueber Hypopharyngoskopie.

Z. hebt die Vorzüge des v. Eicken'schen Instrumentes hervor. In einem Falle gelang es ihm, mit dieser Methode ein Epitheliom zu diagnosticiren.

Baumgarten hält das Verfahren in Fällen von Infiltration des Kehlkopfes für unausführbar.

5. Baumgarten: Speichelstein.

B. entfernte einen bohnengrossen Speichelstein aus dem Ductus Whartonianus.

6. Onodi: Abnorme Oeffnung der Highmorshöhle (Präparat).

7. Onodi: Instrumente: a) zur breiten endonasalen Eröffnung der Highmorshöhle und b) zur explorativen Eröffnung der Siebbeinzellen.

Sitzung vom 3. December 1907.
Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. Tóvölgyi: Fall von rechtsseitiger Kehlkopflähmung.

Baumgarten hält dieselbe für Ankylose im Crico-arytaenoidalgelenke.

2. Zwillinger: Operirte Kehlkopfgeschwulst.

Entfernung eines Stimmbandfibroms bei einem Lungen- und Kehlkopftuberculosekranken.

3. Lénárt: Gestielte Geschwulst (Fibrom) an der rechten Tonsille.

4. Lénárt demonstrirt einen Fall von tuberculösen Geschwüren des Rachens, Kehlkopfes und der Nase.

5. D. v. Navratil: Hydrorrhoe der linken Nasenhälfte und des linken Sinus maxillaris.

Der 28jährige Kranke hatte im April l. J. copiösen Ausfluss krystallheller Flüssigkeit aus der rechten Nasenhälfte. Rhinoskopisch negativer Befund. Rechte Highmorshöhle dunkler. Probepunction derselben durch den unteren Nasengang ergab zwei Kaffeelöffel krystallreiner Flüssigkeit; Punction durch den Processus alveolaris und systematische Durchspülungen. Sistiren des Ausflusses. — September desselben Jahres begann derselbe Ausfluss in der linken Nasenhälfte. — N. hält denselben für einen neuropathischen; der Kranke litt vor 7 Jahren an hochgradiger Neurasthenie und epileptiformen Anfällen.

6. Zwillinger: Fall von Haemangioma cavernosum hypopharyngis.

Unter der rechten Tonsille und am Zungengrunde dunkelbläuliche Geschwülste. In der rechten Fossa piriformis eine ähnliche, nussgrosse Geschwulst. Z. hält diese für Haemangiomata cavernosa. Athmung und Schlucken unbehindert. Z. gedenkt nach Tracheotomie die Exstirpation oder Alkoholinjectionen vorzunehmen, hält aber jetzt noch den conservativen Standpunkt für angezeigter.

D. v. Navratil erwähnt im Anschluss an einen Fall, dass im Excitationsstadium der Narkose ähnlich geformte und situirte Geschwülste so anschwellen können, dass sie eine rasche Tracheotomie nothwendig machen.

Nach Láng wäre die Elektrolyse zu erproben.

7. Onodi: a) Membranöser Processus uncinatus.

b) Muschelzelle in der mittleren Muschel.

Mündet im oberen Nasengange, wie nach seiner Erfahrung in den meisten Fällen.

c) Ungewöhnlich weiter Ductus naso-lacrymalis.

Derselbe hat einen Durchmesser von 10 mm.

8. D. v. Navratil: Fall von Rhinolith.

N. zertrümmerte den 2 cm langen, 1 cm breiten, im unteren Nasengange sitzenden Stein endorhinal mit einer starken Zange und entfernte denselben stückweise.
E. v. Navratil.

---

d) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 12. Juli 1907.

Boisviel: Ein auf operativem Wege geheilter Fall von Stottern.

Es handelte sich sich um ein 6jähriges Kind, bei dem das Stottern drei Mal nach folgenden drei Eingriffen verschwand: Entfernung der adenoiden Vegetationen und zweimalige Abtragung der Mandeln. Nach einigen Monaten jedoch zeigte sich der Sprachfehler von Neuem. Er verschwand erst vollkommen, nachdem Verf. einen halben Centimeter der Uvula fortgeschnitten hatte, „ohne Anästhesie, um auf das Kind Eindruck zu machen“.

Castex bemerkt, dass bereits Fälle von Verschwinden des Stotterns nach der Adenoidoperation berichtet seien. Umgekehrt hat er vorübergehendes Stottern in einem Fall nach der Operation auftreten sehen; es handelte sich einfach um eine nervöse Wirkung.

Chervin: Nützlichkeit der Oto-Rhinoskopie bei den Gaumenspalten.

Ch. spricht die Ansicht aus, dass die Behandlung der Gaumenspalten in das Bereich der Oto-Rhinologen gehöre. Die Operation selbst verbessert noch nicht die Sprache; sie macht nur möglich, dass diese durch orthophonischen Unterricht erzogen wird.

Monnier: Demonstration von Instrumenten zur submucösen Resection der Nasenscheidewand.

M. demonstrirt: 1. einen Ecarteur, um den Nasenflügel und den abgelösten Schleimhautlappen zu halten.

2. Einen schneidenden Meissel, um den Knorpel ohne Perforation der Schleimhaut der Gegenseite anzuschneiden.

3. Eine schneidende Zange zur Abtragung auch der tiefsten Parthien des knorpeligen und knöchernen Septums.

Pasquier: Ueber einen Fall von Complication seitens des Nasenrachens und der Meningen bei Masern.

Bericht über den Fall eines 7jährigen Kindes, das im Verlauf der Reconvalescenz nach Masern, die normalen Verlauf genommen hatten, plötzlich von einem

Recidiv befallen wurde, das zuerst im Nasenrachen und in der Nasenhöhle localisirt war. Aus der Nase wurde ein schleimig-eitriges Secret abgesondert; die Nasenathmung war unmöglich, die Schleimhaut der Nase und des Nasenrachens war congestionirt; es bestand Fieber und Dyspnoe. Localbehandlung bessert diese Symptome, stellt die Athmung wieder her, das Kind zeigt in der Folge jedoch die Erscheinungen einer Meningitis, unter denen dann der Tod eintritt.

Koenig: Krankenvorstellung.

K. stellte eine 29jährige Frau vor, die angiebt, jeden Morgen Blut im Munde zu haben. Es fand sich beiderseits rings um den letzten oberen Molaris ein platter, runder, knorpelharter Wulst am Zahnfleisch, die nach Angabe der Patientin seit ihrer Kindheit bestehen sollen, ohne sie jemals genirt zu haben.

Sitzung vom 8. November 1907.

Boisviel: 1. Blutung nach Tonsillotomie.

Es handelte sich um eine sehr reichliche arterielle Blutung, die aus der Innenfläche des vorderen Gaumenbogens stammte, allen angewandten Mitteln trotzte und schliesslich nach 4 Stunden mit dem Eintritt einer Ohnmacht stand.

2. Demonstration eines Epithelioms des Gaumensegels, das mit dem Messer entfernt wurde und dem Patienten niemals irgend welche Beschwerden verursacht hatte.

Castex: Einige lepröse Veränderungen der Nasenhöhlen, des Gaumensegels und des Kehlkopfs.

C. hat an 4 Leprösen folgende Veränderungen beobachtet: Grosse Perforationen der Nasenscheidewand mit regelmässigen und dünnen Rändern, eine Ulceration, die einen Schanker vortäuschte, einen Polypen der Scheidewand völlig analog einem Tuberculom. In allen Fällen bestand etwas Sattelnase. Auf dem Gaumensegel fanden sich strahlenförmige Narben, die die Uvula nach vorn zogen; dies ist die typischste Veränderung. Im Larynx constatirte man eine Sklerose der supraglottischen Region, die eine Atrophie der Epiglottis und ein leukoplastisches Aussehen der Interarytaenoidschleimhaut herbeigeführt hatte.

G. Laurens hat in einer vor 10 Jahren publicirten Arbeit seine Beobachtungen an 25 Leprösen niedergelegt; an 15 konnte er Veränderungen der Nase, des Pharynx und Larynx constatiren. Was die Nase betrifft, so hatten alle Patienten anfangs eine chronische Coryza gezeigt, dessen erstes Stadium gekennzeichnet war durch Nasenverstopfung und Absonderung von Schleim, während im zweiten Stadium sehr charakteristische Blutungen auftraten. Im dritten Stadium endlich traten trophische Störungen am knorpligen Septum auf; es resultirt daraus eine Perforation nebst Deformation des Nasenrückens. In zahlreichen Fällen waren Schleimhaut und Vestibulum mit Tuberkeln besät; niemals wurden sensorielle Störungen beobachtet, dagegen bestand Anästhesie der Nasenschleimhaut gegenüber Berührung und thermischen Eindrücken. Unter 10mal konnte 6mal der Hansen'sche Bacillus im Muco-Pus und in dem aus der Epistaxis stammenden Blut nachgewiesen werden.

Die Veränderungen an Zunge, Gaumensegel, Pharynx und Larynx glichen völlig den bei secundärer und tertiärer Lues dieser Theile beobachteten; ein constantes Hauptsymptom jedoch ist die Anästhesie.

Cauzard: Demonstration eines Instrumentariums mit neuer Beleuchtung für Oesophagoskopie und Bronchoskopie.

Die Beleuchtung besteht in einer kleinen beweglichen Lampe im Innern des Tubus. Verf. hat mehrere Fremdkörperfälle der oberen Luftwege und des Oesophagus, sowie eine Verengerung des letzteren mit diesem Instrumentarium behandelt.

Koenig: Sarkom der rechten Nasenhöhle.

Es handelte sich um einen 60jährigen Mann, bei dem seit 2 Jahren Nasenbluten bestand und sich eine geringfügige Anschwellung der rechten Wange eingestellt hatte. Keine Schmerzen, keine Drüsenschwellungen. Verf. fand in der rechten Nase nahe der Choane im unteren Nasengang eine haselnussgrosse Geschwulst; die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Tumors ergab, dass es sich um ein Riesenzellensarkom handelte.

Paul Laurens: Grosses Angiom des Gaumensegels und des Pharynx durch Elektrolyse geheilt.

Demonstration von Moulagen. Der taubeneigrosse Tumor ist vollständig durch 15 Sitzungen mit monopolarer Elektrolyse reducirt worden. Es wurde eine mit dem positiven Pol verbundene Nadel eingestochen, die Stromstärke betrug 12 Milliampère.

G. C. Weill: Wirkung des Antituberculoseserum Marmorek bei Kehlkopftuberculose.

Eine zweijährige Erfahrung zeigt, dass das Marmorek'sche Serum eine specifische Wirkung bei frischer oder wenig ausgedehnter Läsion des Larynx hat. Bei 12 Kranken, die sich unter günstigen Bedingungen befanden, ist 7mal ein gutes Resultat, 4mal Besserung erzielt worden, während ein Misserfolg zu verzeichnen war. Alte oder ausgedehnte Läsionen des Larynx wurden oft für verschieden lange Zeit gebessert; diese Bemerkung konnte unter 19 Fällen 11mal gemacht werden. Niemals wurden schädliche Wirkungen beobachtet. Leider erweist sich das Serum als durchaus unwirksam gegenüber den vorgeschrittenen Lungenaffectionen, die so oft die Kehlkopferkrankung begleiten. Die Tagesdosis beträgt 5 bis 10 ccm.

Sitzung vom 6. December 1907.

Castex: Schwere secundäre Syphilis des Kehlkopfs.

Es finden sich Papeln auf der Glans, Plaques auf der Zungenoberfläche, der Unterlippe und den vorderen Gaumenbögen. Der Kehlkopf ist stark infiltrirt, besonders die Epiglottis, so dass es fast unmöglich ist, das Larynxinnere zu sehen. Keine Schluckschmerzen. Nach zwei Quecksilberinjectionen war bereits eine gewisse Besserung zu constatiren.

Koenig: Freier Sequester im rechten Nasenloch, wahrscheinlich traumatischen Ursprungs.

Der 45jährige Patient klagte über Katarrh und subjective Kakosmie. In der rechten Nase fand sich ein dünner dreieckiger Knochensplitter, der einem Stückchen Vomer glich und zwischen Septum und Muschel frei lag. Nach der Extraction liess sich keine Continuitätstrennung der Schleimhaut auffinden. Vor 5 Jahren Trauma mit reichlichem Blutverlust; keine Syphilis.

Paul Laurens: 1. Grosses Angiom des Gaumensegels und Pharynx mit Elektrolyse behandelt.

Demonstration des in der vorigen Sitzung vorgestellten und völlig geheilten Patienten.

2. Tumor des rechten Sinus piriformis.

Differentialdiagnose schwankt zwischen Gummi und malignem Tumor.

Lubet-Barbon hält den Tumor für ein Epitheliom.

Koenig hält im Gegensatz zu der Meinung anderer den Fall nicht für inoperabel. Er sei nicht so weit vorgeschritten, wie die von Lambert Lack der Londoner laryngologischen Gesellschaft vor 2 oder 3 Jahren vorgestellten Fälle, bei denen jener, trotzdem die Fälle von anderer Seite für inoperabel erklärt wurden, gute Operationserfolge erzielte.

Lermoyez: Modificationen in der klassischen Technik der Adenotomie.

Die erste Neuerung ist die Einführung der Maske von Camus, durch welche die Anästhesirung vereinfacht worden sei. L. benutzt das Chloräthyl, das dem Bromäthyl gegenüber den Vortheil seiner fast sofortigen Ausscheidung hat: es ist eine oder zwei Minuten nach der Narkose bereits aus dem Blute verschwunden, so dass der Patient, wenn er erst wieder zu sich gekommen ist, keinerlei Intoxicationserscheinungen verspürt, während bei Bromäthyl die Nachwirkungen noch lange anhalten. Infolge der grossen Flüchtigkeit des Präparates war es bisher nicht recht möglich, dem Patienten eine bestimmte Quantität des Narcoticums zu appliciren; man gab entweder zu viel oder zu wenig. Diesem Uebelstand hilft die Camus'sche Maske ab, die eine Narkose mit 2—3 ccm Chloräthyl möglich macht. Die zweite Verbesserung, die L. rühmt, besteht in der Benutzung des Fein'schen Adenotoms.

Mahu: Paraffinprothese.

Correction einer durch Lupus deformirten Nase mittels kalten Paraffins.

Lermoyez und Mahu: Ein neuer Druckventilator durch warme Luft.

Der Apparat ist von Gaiffe construirt. A. Cartaz.



e) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Mai 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

Hanszel demonstrirt eine Patientin mit einem gestielten Polypen der Epiglottis, an der oralen Fläche der Pars pharyngea aufsitzend. Interessant ist die wechselnde Grösse des Polypen, weshalb an eine Cyste mit mehr oder weniger vollständiger Entleerung des Inhaltes gedacht werden müsse.

Fein demonstrirt einen Patienten mit einem Tuberculom-Recidiv der Trachea. Vor einem Jahre erste Operation.

An der Discussion betheiligten sich Hanszel, Kahler, Roth und Glas. Von ersterem wurde versuchsweise Sonnenbelichtung, von Kahler die Laryngofissur vorgeschlagen. Dagegen sprechen sich Roth und Fein aus.

Glas: 1. Patientin, vor 9 Monaten typisch nach Killian operirt, ist bei vorzüglichem kosmetischen Resultat vollständig geheilt.

2. Ausgeheilte tertiäre Nasenlues, wobei es zur Bildung eines Loches im Gebiet des inneren Augenwinkels gekommen ist, durch das ein Einblick in das Naseninnere ermöglicht ist.

Kahler demonstrirt das Präparat eines wegen Carcinom des Taschenbandes an der Klinik vor $^3/_4$ Jahren operirten Mannes, der an einem bronchiectatischen Process gestorben ist. Man sieht eine glatte Narbe an der Operationsstelle.

Sitzung vom 9. October 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

Marschik demonstrirt einen Fall von Vaccine der Mundschleimhaut aus der Klinik. Die Kinder der Patientin wurden kurz vorher revaccinirt, die Patientin selbst nicht. Anfangs dachte man an Herpes. Die Entwickelung einer charakteristischen Stelle an der Oberlippe, das Nekrotisiren des Epithels der Zungenbläschen führte zur obigen Diagnose. H_2O_2 hatte keine Wirkung, dagegen eine Injection von 1500 Diphtherie-Antitoxineinheiten.

Discussion: Fein konnte ebenfalls zwei Fälle von Vaccineübertragung an der Nase beobachten, Kahler konnte an der Klinik noch mehrere solche Fälle constatiren mit der Localisation an der Zunge, Lippe und Nase. Marschik betont im Schlusswort die Schwierigkeit der Diagnose in seinem Falle, da zahlreiche in Gruppen gestellte Bläschen zu sehen waren.

Sitzung vom 6. November 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

Hutter stellt 1. einen 65jährigen Patienten mit einem Alveolarsarkom vom Cavum nasopharyng. ausgehend vor, das sich in den Mesopharynx ausbreitet. Da inoperabel, wird Röntgenbehandlung eingeleitet (Demonstration des mikroskopischen Präparats und des Radiogramms).

2. Führt einen Patienten mit dem Zufallsbefund eines Haemangioms

einer Arygegend vor, welches bisher symptomlos blieb, und sieht aus diesem Grunde auch von jeder Therapie ab.

Discussion zu 1: Glas möchte aus dem histologischen Präparate Lues nicht ausschliessen. Hutter verweist diesbezüglich auf Prof. Albrecht, der Lues nach dem histologischen Befunde ausschloss.

Marschik demonstrirt ein 17 jähriges Mädchen mit einem flachen granulirenden Ulcus der unteren Muschel, im Rachen narbige Verlötung zwischen Gaumen und Rachenwand, Infiltration, trichterförmige Verengerung des Hypopharynx, Infiltration und Verschmelzung der Epiglottis. Oberflächliche Ulcera. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Hereditäre chronisch - hypertrophische Lues. Hg-Kur und Jodkali.

Discussion: Hajek möchte aus der Stenose keine Schlüsse ziehen, da mehrmals Eingriffe mit dem Thermokauter vorgenommen wurden. Chiari fand als Ursache solcher Verengerungen im Hypopharynx meist Lues congenita.

Weil möchte auch dem Erfolge einer antiluetischen Therapie keine Beweiskraft zuschreiben, da bekanntlich auch gewisse Formen von Tuberculose hierdurch gut beeinflusst werden.

Kahler führt 1. einen Patienten vor, bei welchem im Anschluss an ein Trauma des Halses sich daselbst eine brettharte Infiltration mit einer mässig Eiter secernirenden Fistel bildete. Trotzdem im Secret bisher Actinomyces nicht nachgewiesen werden konnte, wäre bei der Beschäftigung des Mannes in Stall und Feld, sowie bei der Schmerzlosigkeit des Infiltrates an Actinomycose zu denken. Allerdings könnte es auch eine Halsphlegmone sein, wie sie von Reclus beschrieben wurde.

2. Spasmen der Ad- und Abductoren im Larynx, möglicherweise in Folge eines Traumas.

An der Discussion über diese beiden Fälle betheiligten sich Heindl, Bienenstock, Réthi, Roth und Chiari. Hanszel-Chiari.

---

f) Gesellschaft sächsisch-thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte zu Leipzig.

Sitzung vom 2. November 1907.

Ramshorn stellt einen 28 Jahre alten Photographen vor, der seit Jahren viel mit Sublimat arbeitet. Gingivitis und Entzündung der gesammten Mundschleimhaut, Zähne grau umrandet, wacklig. Bei ihm entwickelte sich im Anschluss an einen kleinen Furunkel der Nasenspitze eine ausgedehnte Zellgewebsentzündung, welche am stärksten am Nasenboden und rechts nach dem Processus zygomat. hin entwickelt war, sich aber bis zur rechten Ohrmuschel, den Augenlidern und auf die ganze Oberlippe erstreckte. Entsprechendes Verhalten, Entleerung des Eiters und antiseptisches Reinhalten führten zur Heilung.

Barth berichtet im Anschluss hieran über einen 30jährigen Photographen, welcher seit Jahren viel mit Cyankali-Lösungen arbeitete. Er klagte über Druck in der Stirn, Schwindel und Unbesinnlichkeit. Da er oft ein Trockenheitsgefühl

in der Nase hatte, glaubte er, die Beschwerden gingen von hier aus. Ausser um weniges zu weiten Nasengängen fand sich aber hier nichts Besonderes.

Barth stellt eine 19jährige Frau vor, welche seit 7 Wochen ein ausgedehntes Ulcus im Pharynx mit starken Beschwerden (Schmerz und Fieber) hat; ausserdem ein pustulöses Exanthem sicher nicht syphilitischen Charakters. Keine Drüsenschwellung. Am Genitale nichts. Obwohl luetische Infection nicht mit Sicherheit auszuschliessen ist, spricht doch die grössere Wahrscheinlichkeit dafür, dass eine solche nicht vorliegt. Sorgfältige antiseptische Behandlung hat schon wesentliche Besserung herbeigeführt. (Patient entzog sich später unserer Behandlung und ist dem Vernehmen nach — nun unter Jodbehandlung — bald völlig geheilt.) Vortragender bespricht im Anschluss hieran Fälle, bei welchen infolge localer Entzündung, Reizung oder Druckwirkung an Lippe, Zahnfleisch, hartem Gaumen örtliche Erkrankungen auftreten, welche leicht Lues vortäuschen, auf der anderen Seite aber auch solche, wo bei völlig latenter Lues charakteristische Erkrankungen an der Stelle oder in nächster Nähe eines kleinen therapeutischen Eingriffes sich einstellen, welche erst durch ausgesprochene antisyphilitische Behandlung zur Heilung zu bringen sind.

In der Sitzung vom 14. December 1907 wurden nur Ohrenkranke vorgestellt.

Barth.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIV. Berlin, December. 1908. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **W. Schutter** (Groningen). **Die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde als Theil der Medicin. (De neus-, keel- en oorheelkunde als onderdeel der geneeskunde.)** *Groningen 1907.*

2) **F. H. Quix** (Utrecht). **Die Bestimmung der Hörschärfe. (De bepaling van het gehoorvermogen.)** *Utrecht 1907.*

Academische Antrittsreden bei Uebernahme der Docentur für Otorhinolaryngologie.

H. BURGER.

3) **Hanau W. Loeb. Die Grenzlinie von Laryngologie, Rhinologie und Otologie. (The borderline of Laryngology, Rhinology and Otology.)** *Journal American Medical Association. 1. August 1908.*

Uebersicht über Stand und Ausdehnung der Specialität.

EMIL MAYER.

4) **Francesco Maltese. Statistisch-klinischer Bericht der oto-rhino-laryngologischen Klinik der Universität Turin vom 1. Januar 1901 bis 31. December 1907. (Resoconto statistico-clinico del 1 Gennaio 1901 al 31 Decembre 1907 della Clinica oto-rino-laringologica della R. Università di Torino.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. September 1908.*

Die Statistik bezieht sich nur auf die stationäre von Gradenigo geleitete Klinik. Die Zahl der Patienten betrug 972; davon betrafen Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen 19,4 pCt., des Larynx und der Trachea 18,7 pCt. des Rachens und Nasenrachenraums 10,3 pCt., alles andere waren Ohrenkranke.

FINDER.

5) **Weleminsky** (Wien). **Diagnose und Therapie in der Laryngologie ohne specialärztliche Technik.** *Med. Klinik. 40. 1908.*

Aus der Pathologie der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs greift W. eine Reihe von Processen heraus, von denen er annimmt, dass sie auch ohne specielle technische Ausbildung vom Hausarzt diagnosticirt und behandelt werden könnten. (Der Verf. scheint aber doch zu viel technische Geschicklichkeit des practischen Arztes vorauszusetzen. D. Ref.)

SEIFERT.

6) **William M. Richards. Die Behandlung von Erkrankungen, die auf Katarrh der Respirationswege beruhen. (The treatment of diseases due to respiratory catarrh.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juni 1908.*

Verf. bezeichtet eine grosse Gruppe von Erkrankungen, die durch Behinderung der Nasenathmung bedingt sind, als „Vacuumrespirationskrankheiten", da sie durch den Versuch, durch eine theilweise verstopfte Nase zu athmen, was ein partielles Vacuum im Respirationstract zur Folge habe, hervorgerufen würden. Er betont die Wichtigkeit der Wiederherstellung der Nasenathmung in solchen Fällen.

LEFFERTS.

7) **A. Hennig** (Königsberg i. Pr.). **Der Einfluss der deutschen Meere (Ost- und Nordsee) auf die Tuberculose der oberen Luftwege.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 7. 1908.*

Als Facit seines auf dem Wiener Rhino-Laryngologen-Congress gehaltenen Vortrages stellt H. folgende Thesen auf:

1. Der Einfluss der deutschen Meere (Ost- und Nordsee), besonders des Seeklimas auf Tuberculose der oberen Luftwege, wie der Lungen im Anfangsstadium ist sehr günstig, in der Mehrzahl der Fälle tritt Heilung ein; auch das 2. Stadium weist bei längerem Aufenthalt an der See noch stets bedeutende Besserung auf.

2. Ganz besondere Vortheile von einem längeren Aufenthalte auf einzelnen Nordseeinseln und in verschiedenen Curorten der Ostsee haben diejenigen Tuberculosen der oberen Luftwege, die sich auf anämischer oder chlorotischer Grundlage, in Folge allgemeiner Körperschwäche im Anschluss an Scrophulose, Rhachitis oder Infectionskrankheiten entwickelt haben.

3. Die Curorte der Ostsee eignen sich besonders für schwächliche und zarte Constitutionen, die Nordseeinseln mehr für kräftigere Naturen. Im Allgemeinen sind die Ostseebäder wegen ihrer mehr windgeschützten Lage zu bevorzugen.

4. Die klimatische Cur kann sowohl an der Ost- wie Nordsee während des ganzen Jahres gebraucht werden und muss mit einer hygienisch-diätetischen Inhalations-, medicamentösen und ev. localen Behandlung verbunden werden.

5. Die Errichtung von Lungenheilstätten und Sanatorien für Lungen- und Kehlkopftuberculose mit Jahresbetrieb und geeigneten, windgeschützten Plätzen an den deutschen Meeresküsten ist ein dringendes Bedürfniss.

6. Weit ausgedehnte Tuberculosen der oberen Luftwege im Verein mit vorgeschrittener Lungentuberculose bilden eine Gegenanzeige für einen Aufenthalt an der See.

7. Bacillenspucker sind von dem Aufenthalt in offenen Curorten an der See auszuschliessen und dürfen nur in geschlossenen Anstalten untergebracht werden.

HECHT.

8) **T. W. Gleitsman. Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege. (Treatment of tuberculosis of the upper air passages.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juli 1908.*

Vortrag gehalten auf dem I. Internationalen Laryngologencongress in Wien. Conf. Centralblatt diesen Jahrgang, S. 461. LEFFERTS.

9) **F. Massei. Das Laryngoskop und die Erkrankungen des Herzens und der Gefässe. (Il laringoscopio e le malattie cardio-vascolari.)** *Il Risveglio Medico d'Abruzzo. II. Jahrgang. 33—35.*

Verf. weist darauf hin, welche Fingerzeige die laryngoskopische Untersuchung bei Erkrankungen des Herzens und der Aorta geben kann. Er kommt auch auf die von ihm bei gewissen Formen von Recurrenslähmung constatirte Anästhesie des Vestibulum laryngis zu sprechen. Dieses Symptom findet sich nach ihm nur bei neurogenen Lähmungen und nicht bei solchen myopathischen Ursprungs und hat deswegen einen differentialdiagnostischen Werth. Die Recurrenslähmungen bei Mitralstenose hält er für ungemein selten; der Mechanismus ihres Zustandekommens sei noch ungewiss.

FINDER.

10) **Wechselmann** und **Marcuse** (Berlin). **Ueber gangränescirende Processe in der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle auf leukämischer Grundlage.** *Dermatol. Zeitschr. XV. Bd. 1908.*

Bei dem 32jährigen Kranken heilten anfangs die an der Unterlippe bestehenden Gangränen unter Röntgentherapie und auch ohne Therapie ab, eine Affection am Kehldeckel wurde anfangs für eine Angina Vincenti gehalten. Erst die später vorgenommene Blutuntersuchung erbrachte den klinischen Beweis für die Leukämie, bei der Section zeigte sich wiederum ein ulceröser Zerfall am Kehldeckel neben einer lymphomatösen Infiltration im Rachenring.

SEIFFERT.

11) **W. Sandhoff. Statistischer Beitrag zur Kenntniss über das Zusammentreffen von Erkrankungen des Ohres mit solchen der Nasen- und Rachenhöhle.** *Dissert. Göttingen 1907.*

Nach der sich über 10 Jahre erstreckenden Statistik der Göttinger Poliklinik für Ohren- und Nasenkrankheiten führen 45,5 pCt. der Nasen- und Rachenkrankheiten zu Ohrerkrankungen. Das Material ist in 7 Tabellen geordnet.

Wenn eine Nasen- und Ohrerkrankung sich bei ein und demselben Individuum vorfindet, so ist der Entscheid, ob das Ohrenleiden von der Nasenerkrankung abhängig ist oder nicht, oft schwer oder unmöglich; namentlich aus diesem, dann aber auch aus anderen Gründen, die Verf. erwähnt, entsprechen die Zahlenergebnisse nicht genau der Wirklichkeit.

OPPIKOFER.

12) **Sedziak. Pharyngo-laryngo-nasale Störungen im Verlaufe der Krankheiten des unteren Respirationstractus. (Zabukenia nosowo-gardlowo krtaniowo w pnebiegu eserpien dolnych dróg oddechowych.)** *Czasopismo Lekarskie. No. 9, 10. 1907.*

Nachdem Verf. allgemeine Betrachtungen über die Ursachen der pharyngolaryngonasalen Störungen einerseits, des Respirationstractus anderseits angestellt hat, ergeht er sich in Betrachtungen über diese Krankheiten im einzelnen auf Grund eigener Erfahrung, besonders was die Tuberculose anbelangt.

v. SOKOLOWSKI.

13) **Canalejo** (Madrid). **Das Radium in der laryngologischen Therapie. (El radio en la terapeútica laringologica.)** *Siglo Medico. April 1908.*

Eine zusammenfassende Studie über die therapeutische Anwendung des Radiums in der laryngologischen Therapie.

TAPIA.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **W. L. Hanau. Anatomie der Nebenhöhlen nach Reconstruction zweier Schädel. (Anatomie des sinus accessoires du nez basée sur la reconstruction de deux têtes.)** *Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol. No. 48. p. 641. 1907.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

15) **Max Goerke** (Breslau). **Bemerkungen zur pathologischen Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 371. 1907.*

Die Bemerkungen knüpfen sich an die im Archiv für Laryngologie erschienene Arbeit Oppikofer's „Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der Nase und ihrer Nebenhöhlen" (Bd. XIX, S. 28). Verf. präcisirt noch einmal seinen früher bereits vertretenen Standpunkt zur Frage der in cadavere so häufig gefundenen Nebenhöhlen- und Mittelohrergüsse und der „intraepithelialen Drüsen der Nasenschleimhaut." In Bezug auf Letztere macht er Prioritätsansprüche geltend, weist aber gleichzeitig auf die Bedeutungslosigkeit der ganzen Frage hin. Die von O. als „Degenerationsräume im Epithel" bezeichneten Befunde hält Verf. wenigstens theilweise für von ihm als „Lymphlachen" bezeichnete Gebilde, die in Folge Auseinanderdrängens der Epithelzellen durch den Lymphstrom entstanden seien.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

16) **Max Scheier** (Berlin). **Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Erkrankungen der nasalen Nebenhöhlen.** *Beiträge zur Anatomie, Phys., Path. und Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 1. S. 402. 1908.*

Für Schädelaufnahmen bedient sich Sch. mittelharter Röhren und exponirt bei Sagittalaufnahmen durchschnittlich 50—80 und bei Profilaufnahmen 25 bis 50 Secunden.

Während die Sagittalaufnahmen des Kopfes von den meisten Autoren in liegender Stellung des Patienten vorgenommen werden, empfiehlt Sch. die sitzende Stellung. Das Liegen auf dem Bauche ist für fette oder kranke Personen beschwerlich. Im ferneren kann, wenn das Gesicht auf der Platte liegt, im Verlaufe der Aufnahme allmählich die Nasenspitze etwas zusammengedrückt werden, das Gesicht sich der Platte nähern und dadurch ein unscharfes Bild entstehen; in liegender Stellung können gelegentlich starke Schweisssecretion des Patienten oder Katarrhe der Nase die in schwarzes Papier eingewickelte Platte angreifen und zu unrichtiger Deutung des Bildes Veranlassung geben. Endlich ist ein exactes Einstellen der Röhre in ihren Beziehungen zum Kopf, zur Blende und Platte in sitzender Stellung leichter möglich.

Alle die Fehlerquellen, die bei einer Röntgenaufnahme des Kopfes vorkommen können, werden eingehend besprochen.

Unter den letzten 100 Röntgenaufnahmen des Kopfes hat Sch. dreimal Haarausfall beobachtet. Die Exposition hatte in diesen Fällen nicht einmal 1 Minute gedauert, die Haare wachsen immer wieder nach.

Bei dem Entscheide, ob eine Nebenhöhleneiterung vorliegt oder nicht, ist die Röntgenaufnahme der elektrischen Durchleuchtung überlegen. Dass man aber auf die Röntgenaufnahme allein sich nicht verlassen und desshalb die bisherigen verschiedenen Untersuchungsmethoden nicht vernachlässigen darf, darauf macht auch Sch. ausdrücklich aufmerksam.

8 Photographien sind der klaren Arbeit beigefügt. OPPIKOFER.

17) **A. R. Solenberger. Ueber die Obliteration der Nasennebenhöhlen. (On the obliteration of the accessory nasal sinuses.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

In jedem Fall soll der Grad der Chronicität bei der Wahl der Operationsmethode leiten. Die in den meisten Fällen vorhandene intranasale Erkrankung soll so weit als möglich beseitigt werden und da dies in den meisten Fällen nicht möglich ist, so sollte die intranasale Behandlung pari passu mit der Operation gehen, damit eine Reinfection des Operationsfeldes verhütet wird. In allen Fällen soll die ganze Wand entfernt werden, man darf keinen überhängenden Knochen stehen lassen, die Curettage soll möglichst gründlich gemacht werden.

EMIL MAYER.

18) **A. Heimendinger** (Strassburg i. E.). **Beiträge zur pathologischen Anatomie der Kieferhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 381. 1907.*

Verf. veröffentlicht zuerst einen Fall von Cholesteatombildung der Kieferhöhle, der durch Coincidenz mit Ozaena ausgezeichnet ist. Verf. sucht zwischen beiden Processen einen causalen Zusammenhang herzustellen; er meint, dass vielleicht das Plattenepithel der Kieferhöhle eine Fortsetzung der durch die Ozaena metaplasirten Nasenschleimhaut durch das Foramen maxillare darstellt oder dass das Plattenepithel durch die im unteren Nasengange angelegte Operationsöffnung in die Kieferhöhle eingewandert ist. Die vorhandene Eiterung und die damit verbundene Retention verursachen durch dauernden Reiz auf die metaplasirte Schleimhaut eine Steigerung der Epidermiselemente, Cholesteatombildung.

Der zweite Fall, eine Cholestearincyste der Kieferhöhle mit in der Cystenwand liegenden, die Cholestearinspalten umgebenden Riesenzellen, giebt Verf. Veranlassung, die Theorien der Entstehung der Riesenzellen zu erörtern. Es handelt sich meistens um Riesenzellen, deren bläschenförmige Kerne über die ganze Zelle zerstreut sind, so dass nur wenig Protoplasma zu erkennen ist. In den Fällen, wo sich die Riesenzellen mehr dem Langhans'schen Typus nähern, sind in der centralen Protoplasmaschicht bei feiner Bewegung der Mikrometerschraube die Contouren von denselben bläschenförmigen Kernen zu erkennen, die auf eine ursprünglich diffuse Anordnung hinweisen. Die als Langhans'sche Zellen imponirenden Riesenzellen sind also solche, in deren Centrum die Kerne

zu Grunde gegangen sind, so dass nach Verf.'s Ansicht der principielle Unterschied zwischen Langhans'schem Typus und dem sog. Myeloplaxentypus entfällt. H.'s Befunde decken sich somit nicht mit der Annahme, dass die Riesenzellen Durchschnitten von Blut- oder Lymphgefässen entsprechen (Cornil, Thaon, Brosch, Hering, Schleifstein). In Bezug auf die Entstehungsweise der Riesenzellen ergeben die Beobachtungen, dass die Mehrzahl durch Confluenz, seltene Ausnahmen aber durch unicelluläres Wachsthum entstehen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

19) **G. Alagna. Ueber die pathologische Histologie des chronischen Oberkieferhöhlenempyems. (Sull'istologia patologica dell'empiema cronico del seno mascellare.)** *Arch. Ital. di Otologia. etc. Juli 1907.*

Verf. hat seine Untersuchungen an dem bei 10 Patienten mittelst der chirurgischen Eingriffe gewonnenen Material angestellt. Verfasser beschreibt zuerst die feinere Anatomie der normalen Nasenschleimhaut, sodann die bei chronischem Empyem sich findenden Veränderungen des Epithels, der Subepithelialschicht, die Veränderungen der Gefässe und der Drüsen, die Bildung von Cysten, von Polypen, von papillomatösen Wucherungen; ferner behandelt er die Anwesenheit von Plasmazellen und deren Degenerationsformen. In einem Fall fand Verf. in der Schleimhaut knorpelige in Verknöcherung begriffene Gebilde.

FINDER.

20) **Aris Garcia. Ueber Stirn- und Oberkieferempyeme. (Sobra las sinusitis frontales y maxilares.)** *Boletin de laringologia. December 1907.*

Zusammenfassende Studie.

TAPIA.

21) **Gaudier** (Lille). **Seltenheit des Oberkieferempyems dentalen Ursprungs. (Rareté de sinusite maxillaire d'origine dentaire.)** *Congrès de stomatologie. Paris 1907.*

Unter 52 Oberkieferempyemen, die seit 6 Jahren in seine Hospitalbehandlung gekommen sind, waren nur 7, bei denen man einen dentalen Ursprung annehmen konnte. Verf. giebt eine Uebersicht über die Symptome, die für den dentalen Ursprung des Empyems sprechen. Als bacteriologisches Merkmal führt er an, dass sich beim dentalen Empyem sehr wenig Pneumokokken finden, die bei den Empyemen anderer Herkunft sehr zahlreich seien.

A. CARTAZ.

22) **Hajek** (Wien). **Ein Beitrag zur Kenntniss des dentalen Empyems der Kieferhöhle auf Grund meiner Beobachtungen der letzten zehn Jahre.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klinische Wochenschr. No. 16. 1908.*

Von 250 Kieferhöhlenempyemen waren 20 dentalen Ursprungs. Die verschiedenen Formen des dentalen Empyems lassen sich eintheilen in solche, die

1. bei acut entzündlichen Veränderungen der Zahnwurzel und der Alveolarumgebung und

2. bei chronisch entzündlichen Veränderungen der Zahnwurzel und der Alveolarumgebung auftreten.

Zur ersten Gruppe gehören der acute Wurzelabscess, die acute Periostitis,

die circumscripte oder die diffuse Ostitis des Alveolarfortsatzes. Zur zweiten Gruppe: die chronische Wurzelhautentzündung, die Durchwanderung des Alveolarfortsatzes, die Entstehung des Empyems in Folge Zahnbehandlung, Durchbruch einer eitrig entzündeten Kiefercyste in die Kieferhöhle.

In den zur zweiten Gruppe gehörigen Fällen stösst die Diagnose oft auf erhebliche Schwierigkeiten.

HANSZEL.

23) **G. Mahé** (Paris). **Das dentale Oberkieferempyem und seine Behandlung. (L'empyème du sinus maxillaire et son traitement.)** *Presse médicale. 8. Juli 1908.*

Die meisten Sinusitiden und Empyeme sind nach Ansicht des Verf.'s dentalen Ursprungs und bedürfen nur einer einfachen Behandlung durch den Zahnarzt, die darin besteht, dass der kranke Zahn extrahirt und die Höhle ausgespült wird.

GONTIER de la ROCHE.

24) **E. Kellner. Beitrag zur Klinik der mit Knochennekrose einhergehenden Kieferhöhleneiterungen.** (Aus der k. k. Univers.-Klinik f. Kehlkopf- u. Nasenkrankheiten in Wien des Hofrath O. Chiari.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinol.-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Beschreibung von 7 Fällen, in denen nur die Kieferhöhle erkrankt war, und eines Falles, in welchem auch das Siebbein miterkrankt war. Mit Ausnahme eines Falles gelangten alle übrigen nach wochen- und monatelanger Erkrankung zur Aufnahme. Für die Diagnose der acuten Erkrankung spricht der stürmische Beginn mit hohem Fieber, das käsige fötide Secret aus der vorher gesund gewesenen Nase. Gegen die chronischen Fälle kommen differentialdiagnostisch Tuberculose, Lues und Phosphornekrose in Betracht.

HANSZEL.

25) **Andereya** (Hamburg). **Zur Diagnose und Behandlung der Oberkiefercysten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 287. 1907.*

Verf. sieht von den Schleimhautcysten innerhalb der Kieferhöhle ab, ebenso von den folliculären Zahncysten, die durch Störungen in der Entwicklung des Zahnkeims entstehen. Der Aufsatz behandelt nur diejenigen Cysten, welche meist bei Erwachsenen sich zeigen und die Folge einer Periodontitis chronica sind. Verf. giebt die Krankengeschichte von 6 eigenen Fällen wieder. Von den diagnostischen Merkmalen sei hervorgehoben, dass der Abfluss von Eiter aus der Fistelöffnung der Fossa canina in die Mundhöhle in erster Linie an eine Oberkiefercyste denken lässt. Die Beschaffenheit des Eiters selbst kann differentialdiagnostisch nicht verwerthet werden. — Bei der Therapie ist vorzüglich darauf Werth zu legen, das Cystenepithel im Allgemeinen zu schonen und es dadurch, dass ein breites Stück von der vorderen Wand herausgeschnitten wird, in Verbindung mit dem Mundepithel zu bringen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

26) **R. Lake** (London). **Eine Studie über cystische Erkrankung der Oberkieferhöhle. (A study of cystic disease of the maxillary antrum.)** *Lancet. 19. März 1908.*

Verf. beschreibt einen eine 18jährige Patientin betreffenden Fall. Es waren von der rechten Choane (sic! Ref.) mehrere einfache und cystische Polypen ent-

fernt worden. Die rechte Highmorshöhle wurde von der rechten Fossa canina aus eröffnet, die Schleimhaut, die dicht mit kleinen, eine gelbliche Flüssigkeit enthaltenden Cystchen besetzt war, wurde entfernt.

JAMES DONELAN.

27) **A. Heindl. Die Probepunction der Kieferhöhle vom unteren Nasengang aus, ihre Technik und ihre Resultate.** (Aus dem laryngol. Ambulat. des Rudolfs-Spitals des Dr. Heindl.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinol.-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

1. Fehlerhafte Ausführung bei normalen Verhältnissen auf viererlei Art.
2. Fehlerhafte Ausführung wegen abnormer anatomischer Verhältnisse.
3. Die Operation wird nach Vorschrift correct ausgeführt und erscheint misslungen wegen bestehender pathologisch veränderter Verhältnisse (Aufzählung derselben).
4. Die Operation ist correct ausgeführt und erscheint misslungen bei normalen, ebenso wie bei abnormalen Verhältnissen aus äusseren Gründen (Verstopfung der Canüle, Eindringen in einen Fremdkörper wie Tampon, Drain).

HANSZEL.

28) **W. Schilperoort** (Rotterdam). **Die Radicaloperation der Oberkieferhöhlenentzündung unter localer Anästhesie. (De radicale operatie van ontsteking der bovenkaaksholte onder plaatselijke ongevoeligheid.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 354. 1907.*

S. betont die Nachtheile und Gefahren der Narkose bei der Oberkieferhöhlenoperation und empfiehlt wärmstens die örtliche Anästhesie, wofür er 3 ccm einer 1proc. Cocainlösung, der 6 Tropfen einer 0,1proc. Adrenalinlösung beigefügt sind, submucös injicirt.

H. BURGER.

29) **Rueda** (Madrid). **Ein in der Kieferhöhle sitzendes Projectil. (Proyectil aloyado en el seno maxilar.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. I.*

An den Bericht über den Fall knüpft Verf. Bemerkungen besonders darüber, wie schnell die durch das Geschoss bewirkte Eiterung in Heilung überging.

TAPIA.

30) **A. Onodi** (Budapest). **Instrumente zur endonasalen Eröffnung der Kieferhöhle und der Siebbeinzellen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 352. 1907.*

Beschreibung und Abbildung je eines Instrumentes zur Eröffnung der Kieferhöhle und der Siebbeinzellen, — Die Kieferhöhlenstanze O.'s vereinigt in ihrem Bau das Princip eines Troikarts und einer Stanze. Nach erfolgter Punction der nasalen Kieferhöhlenwand (unterer oder mittlerer Nasengang) mit dem Weleminsky'schen Troikarts entfernt Verf. mit seiner Stanze soviel, bis er eine 1 bis $1^1/_2$ bis 2 cm grosse Oeffnung bereitet hat. Nach Herstellung der breiten Oeffnung wird die Kieferhöhle mit 3proc. Borsäurelösung gereinigt und nachher mit 3proc. Perhydrollösung ausgespült. Der Erfolg ist ein guter.

Für explorative Zwecke bei latenten Siebbeinherden hat Verf. eine scharfe Dornzange construirt. Auch diese hat er mit gutem Resultat benutzt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

31) **E. N. Maljutin** (Moskau). **Zur Casuistik der Stirnhöhlenentzündung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 363. 1907.*

2 Fälle von Stirnhöhleneiterung, die an der vorderen Stirnwand eiternde Fistel zeigten. Erst nach einjährigem Bestehen begaben sich die Patienten (russische Bauern) in ärztliche Behandlung. — Der erste Fall war complicirt durch einen wahrscheinlich angeborenen Defect der Hälfte der hinteren Wand der ziemlich weiten Stirnhöhle; derselbe war 2 cm lang, 1 cm breit, oval mit glatten, abgerundeten Rändern.

Dass im ersten Fall der Durchbruch an der vorderen Wand statthatte, ist event. durch einen vor 20 Jahren stattgefundenen luetischen Process zu erklären, der dort zu einer Periostitis geführt hatte. Höchst sonderbar aber ist es, dass sich der Eiter im 2. Falle nicht den bequemeren Weg durch die mehr nachgiebige Wand bahnte. — In beiden Fällen Heilung durch Operation.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

32) **Passow** (Berlin). **Vorstellung von zwei Fällen von Empyem der Stirnhöhlen und Siebbeinzellen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 8. 1907.*

Killian'sche Operation wurde in beiden Fällen vorgenommen, von denen der eine an Meningitis starb, welche schon vor der Operation begonnen hatte. Infection der Meningen durch Venen der Lamina cribrosa. ALBANUS (ZARNIKO).

33) **E. Fletcher Ingals. Intranasale Drainage der Stirnhöhle. Ingal'sche und Halle'sche Operation. (Intranasal drainage of the frontal sinus. Ingals and Halles Operation.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Zahlreiche von mir und anderen ausgeführte Operationen zeigen, dass meine Operation, wie sie im Original beschrieben wurde, so sicher wie jede andere bisher beschriebene Operation ist.

2. Zahlreiche Fälle beweisen, dass die Drainage wirksam ist und dass das Goldröhrchen absolut davor schützt, dass der Kanal enger wird.

3. Die gemachten Einwände haben mich zu Modificationen geführt, die alle Gefahren einer Perforation der Tabula interna auszuschliessen scheinen.

4. Ich bezweifle, dass es vortheilhaft ist, eine sehr weite Oeffnung in der Stirnhöhle anzulegen, da es ausgiebig gezeigt worden ist, dass in fast allen Fällen Heilung eintritt, auch wenn der Kanal nur 6 mm im Durchmesser hat.

Verf. giebt eine ausführliche Beschreibung der Technik und des Instrumentariums.

EMIL MAYER.

34) **G. Ritter** (Berlin). **Eine neue Methode zur Erhaltung der vorderen Stirnhöhlenwand bei Radicaloperationen chronischer Stirnhöhleneiterungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. 1906.*

Verf. empfiehlt, die erkrankte Stirnhöhle princiell zunächst von der Orbita aus zu eröffnen. Nachdem man sich durch Anlegung einer kleinen Lücke über die Grösse der Höhle und die Beschaffenheit ihrer Auskleidung orientirt hat, folgt Herstellung einer weiten Communication nach der Nasenhöhle durch Beseitigung der frontalen Siebbeinzellen, gleichgültig, ob diese krank oder gesund sind. Hierzu

Resection des Proc. frontalis ossis maxillaris nach Killian. Stellt sich heraus, dass die Höhle zu gross ist, um von der Orbita her, auch nach Resection des ganzen Orbitalbodens, sicher ausgekratzt werden zu können, so legt Verf. am oberen Pole nach Spaltung der Stirnhaut eine Gegenöffnung an, von der aus er mit abgebogenen scharfen Löffeln die Auskratzung bewerkstelligt. Jodoformgazestreifen. Primärnaht. Bei der Nachbehandlung wird sorgsam auf Erhaltung der weiten Communication nach der Nasenhöhle hin geachtet. In den beiden vom Verf. auf die skizzirte Art operirten Fällen war das kosmetische Resultat vorzüglich.

In der Discussion über diesen in der Berliner otologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag (Deutsche med. Wochenschr. 1906, Vereinsbeil. No. 12) theilten Heine und Passow Todesfälle mit, die nach der Killian'schen Operation eingetreten waren, sprachen sich Hartmann und besonders Schoetz dahin aus, man solle die exspectative, conservative Behandlung (Freilegung der Stirnbucht, Politzerverfahren, Ausspülungen) auch bei Exacerbationen chronischer Stirnhöhleneiterungen nicht verachten.

ZARNIKO.

35) N. Cousson. **Ueber die Radicalbehandlung chronischer Stirnhöhlenempyeme. (De la cure radicale des sinusites frontales chroniques.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Ist die eitrige Absonderung mässigen Grades, sind keine Schmerzen vorhanden, entleert sich die Höhle von alleine, so ist es nur nöthig, den Kranken zu überwachen. Anderenfalls hat man die Wahl zwischen den verschiedenen Operationsmethoden, die ganz von der Besonderheit des Falles abhängig gemacht werden muss.

A. CARTAZ.

36) **R. H. Good. Eine einfache und sichere Stirnhöhlenoperation auf dem intranasalen Wege. (A simple and safe operation on the frontal sinus by the intra-nasal route.)** *Journal of the American Medical Association. 31. August 1907.*

Nach Application von Cocain und Adrenalin wird die mittlere Muschel abgetragen und der Processus uncinatus entfernt. Es wird dann durch einen Stirnhöhlenkatheter, an dem eine Spritze angebracht ist, etwas Cocain mil Adrenalin in die Höhle gespritzt. Es wird jetzt eines der Schutzstücke, von denen Verf. in seinem Instrumentarium drei von verschiedener Grösse hat, in die Stirnhöhle eingeführt, und zwar das breiteste, das Platz hat. Dann wird mit einem Meissel ein Theil des Processus frontalis, ein Theil der Spina frontalis des Stirnbeins und die vordere mediale Wand des Siebbeinlabyrinthes durchgemeisselt und mit Zangen oder Curetten entfernt. Verf. setzt auseinander, dass durch das Schutzstück es unmöglich gemacht wird, die Tabula interna zu verletzen. Nach Entfernung der vorderen Siebbeinzellen wird eine Art Raspel in die Höhle eingeführt und die Spina frontalis fortgeraspelt, ebenso wie frontale Siebbeinzellen, falls solche vorhanden sind.

Verf. meint, dass mit dieser Operation eine grosse Anzahl von Fällen geheilt werden kann, ohne dass man zu einer Operation von aussen seine Zuflucht zu nehmen braucht.

EMIL MAYER.

37) **M. Hajek** (Wien). **Meine Erfahrungen mit der Trepanation und mit den Radicaloperationen der Stirnhöhle.** (Festnummer anlässlich der I. internat. Laryngo-Rhinol.-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Bericht über seine in dem Zeitraum von 1899—1908 gesammelten Erfahrungen bei 47 Operationen wegen Stirnhöhlenempyem, und zwar 1. über die einfache Trepanation, 2. über das Ergebniss der radicalen Operationsmethoden (Kuhnt, osteoplastische Resection, Riedel, Killian und Killian modific. Hajek). Ueber den definitiven Heilerfolg bei den letzten 10 nach Killian und Killian-Hajek operirten Fällen wird erst nach 1—2 Jahren berichtet werden können. Er hatte keinen Todesfall. Nach Ablösung der Trochlea traten nach seiner eigenen sowie anderer Autoren Erfahrung keine dauernden Sehstörungen ein. Die Killian'sche Operation hat nur den einen Nachtheil der schwierigen Technik und der langen Operationsdauer.

HANSZEL.

38) **O. Kahler. Zur Frage der Genese der Cholesteatome der Nebenhöhlen.** (Aus der k. k. Universitätsklinik für Kehlkopf- u. Nasenkranke in Wien des Hofrath O. Chiari.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinol.-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Beschreibung eines Falles von Stirnhöhlencholesteatoms primärer, epidermoidaler Herkunft.

HANSZEL.

39) **E. Kirchhoff. Ein Fall von Osteom der Stirnhöhle als Beitrag zur Röntgendiagnose der Stirnhöhlengeschwülste.** *Dissert. Bonn 1907.*

Die Diagnose auf Osteom der Stirnhöhle wurde durch die Röntgenaufnahme gesichert. Der Tumor füllte bei dem 31jährigen Mann die beiden Stirnhöhlen aus und zeigte einen Fortsatz nach der Nasenhöhle zu. Operation. Heilung.

Die sehr starke Depression der Stirn wurde durch Einlegen von drei der 5., 6. und 7. rechten Rippe entnommenen Knorpelspangen in Verbindung mit einem von der gleichen Incision aus gewonnenen Stück Fettgewebe beseitigt. Kosmetischer Effect 3 Monat nach der Operation sehr gut.

OPPIKOFER.

40) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Osteom der Stirnhöhle.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 15. Vereinsbeilage.*

24jähriger Landmann bemerkt Kleinerwerden und Herabsinken des linken Augapfels, im weiteren Verlauf Schmerzen. Verdacht auf Sarkom wird durch die Operation nicht bestätigt, vielmehr ein Osteom freigelegt.

ZARNIKO.

41) **Steppetat** (Kreuznach). **Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper in der Stirnhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 519. 1907.*

Nach Zusammenstellung der Literatur führt Verf. einen eigenen Fall an. Vor 4 Jahren Verletzung der Stirn durch Tassenscherben, die der Patientin an den Kopf geschleudert wurden. Nach Reinigung der Wunde Wohlbefinden, bis jetzt Eiterung auftrat. Bei Reinigung der Abscesshöhle zeigten sich noch Scherben in der Stirnhöhle. Wegen andauernder hochgradiger Kopfschmerzen musste die doppelseitige Radicaloperation der Stirnhöhle nach Killian vorgenommen werden,

wobei noch Eiterung der Siebbeinzellen festgestellt wurde. Eiterung der Nase hatte nie bestanden. Nach der Operation blieb Patientin völlig beschwerdefrei.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

42) **H. Burger** (Amsterdam). **Orbitalabscess infolge von Nebenhöhlenentzündung. (Oogkabsabsces door neusbijholte-ontsteking.)** *Nederl. Tijdschr. v Geneesk. II. No. 8. 1908.*

Ein Fall von retrobulbärer Eiterung der linken Augenhöhle infolge von acuter, fötider Eiterung im Siebbein und in der Kieferhöhle. Incision des Orbitalabscesses; Eröffnung der Kieferhöhle in der Fossa canina und von da aus auch des Siebbeins. Vollständige Heilung.

H. BURGER.

43) **Burton Chauce. Ein Fall von Nebenhöhlenerkrankung mit Symptomen eines knöchernen Orbitaltumors. (A case of accessory sinus disease with the symptoms of an osseous tumor of the orbit.)** *N. Y. Medical Journal. 14. März 1908.*

Der Fall von Siebbeinempyem betraf einen 14jährigen Knaben und ist interessant wegen der Frage der Diagnose. Es bestand kein Ausfluss aus der Nase, der Tumor war sehr hart und schmerzlos. Diese Erscheinungen wurden dadurch erklärt, dass der Knochen vorgedrängt war und dass die Schwellung in Wirklichkeit hinter ihm lag.

LEFFERTS.

44) **W. Uffenorde** (Göttingen). **Die Chondrome der Nasenhöhle und Mittheilung eines Falles von Enchondrom des Siebbeins mit allgemeiner Besprechung der Operationsmethoden für die Nasennebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 255. 1907.*

Verf. giebt eine ausführliche Besprechung und Literaturangabe der Chondrome und der Operationsmethoden der Nase und Nebenhöhlen. Die Arbeit ist eine Ergänzung seiner „Erkrankungen des Siebbeins“ (Gustav Fischer, Jena 1907), wo er die Chondrome nur wenig berücksichtigt hat. Auf die einzelnen Operationsmethoden kann hier nicht näher eingegangen werden, dieselben sind im Original nachzulesen. Die vom Verf. veränderte Moure'sche Methode ist ausgezeichnet geeignet für die Entfernung von Siebbeintumoren und anderen, z. B. tuberculösen Erkrankungen derselben, auch wenn sie alle benachbarten Theile ergriffen haben. Für die Fälle, wo hauptsächlich die untere laterale Nasenhöhlenwand ergriffen ist, wird die Denker'sche Methode zu empfehlen sein. Für die Operation der Stirnhöhleneiterung, soweit sie nicht auf endonasalem Wege zur Heilung kommt, und die der Siebbeinzelleneiterung, die mehr oder weniger stets gleichzeitig besteht, wird in erster Linie die Killian'sche Methode in Frage kommen. Sie wird am besten den Erfolg garantiren, wenn natürlich auch nicht jeder Fall zur Ausheilung kommt.

Bei der Kieferhöhleneiterung, die einfach intranasal nicht ausheilt, giebt Verf. der Luc-Caldwell'schen Methode vor den übrigen den Vorzug, und zwar mit sorgfältiger vollkommener Entfernung aller Schleimhaut und Verzicht auf primäre Naht.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

45) **C. L. van Steeden** (Soerabaia, Java). **Entfernung eines Projectils aus den Siebbeinzellen auf intranasalem Wege. (Verwijdering van een prejectiel uit de cellulae ethmoidales langs intranasalen weg.)** *Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indië. XLVII. p. 511.*

Büchsenschuss am Nasenrücken am 25. April 1906. Patient wurde am 30. Juli 1906 untersucht. Es bestanden heftige Kopfschmerzen rechts mit Schwindelgefühl, rechtsseitiger Nasenverstopfung und fötidem Nasenausfluss rechts. In der rechten Nasenseite Schwellung der unteren Muschel, Verdrängung der mittleren Muschel durch eine allmählich wachsende Bulla ethmoidalis, Eiter im mittleren Nasengang. Die am 14. August vorgenommene Operation bestand merkwürdigerweise in einer partiellen Abtragung der unteren Nasenmuschel. Weiter Nasendouchen und Pulvereinblasungen bis November. Endlich Januar 1907 Eröffnung der Bulla ethmoidalis mittelst Meissels und Grünwald'scher Zange und Extraction der Kugel. Heilung.

H. BURGER.

c. Mundrachenhöhle.

46) **W. Neumann. Die Behandlung der Stomatitis mercurialis mit Wasserstoffsuperoxyd.** *Dissert. Rostock 1907.*

Alle Eigenschaften des Wasserstoffsuperoxyds sowie seine Verwendung werden eingehend besprochen. Die günstige Wirkung auf die Quecksilberstomatitis schildert N. an der Hand einer Reihe von Krankengeschichten. Mercurielle Stomatitiden heilen rasch und schonend unter Spülungen und Pinselungen mit gewöhnlichem Wasserstoffsuperoxyd in 2—10proc. Lösung. Das viel theurere, reine Merck'sche Präparat leistet bei der Behandlung dieser Entzündungen nicht mehr.

Auch zur prophylaktischen Pflege des Mundes während der Quecksilbercuren ist das gewöhnliche Wasserstoffsuperoxyd sehr zu empfehlen.

OPPIKOFER.

47) **Sklarek** (Berlin). **Ueber die Aetiologie der Stomatitis mercurialis und deren Therapie mittels Formamint.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. 1907.*

Zur Entstehung der mercuriellen Stomatitis gehört das Zusammenwirken des Hg-Einflusses und des Einflusses von Mikroorganismen auf das Gewebe der Mundschleimhaut. Deshalb wird bei einer Hg-Cur auf Verminderung der Bakterienflora durch antiseptische Spülungen Werth gelegt. Formaminttabletten erreichten dasselbe Resultat wie früher die Kalichloricumpasten bei 50 Patienten des Autors, eine Stomatitis zu verhüten; nur zweimal eine ganz leichte Stomatitis. Ihre Anwendung ist bequemer, sie regen auch die Salivation an als unterstützendes Moment. Sie sind nicht giftig.

ALBANUS (ZARNIKO).

48) **Walliczek** (Breslau). **Ueber Hyperostose des Oberkiefers.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 28. 1907.*

Im Laufe von 6 Jahren sind bei einem 27jährigen Arbeiter knöcherne Anschwellungen erst unter dem rechten Augenwinkel und neben der rechten Nasenseite, dann auch neben der linken Nasenseite aufgetreten, dergestalt, dass die inneren Augenwinkel 4 cm auseinander standen. Die Knochenwucherung ist

localisirt im Gebiet der Processus nasales der Oberkiefer und füllt die Fossa canina vollkommen aus. Die Nasenathmung ist links vollkommen, rechts fast ganz aufgehoben. Nasengänge und untere Muscheln sind verstrichen, nur links der mittlere Nasengang sondirbar. Postrhinoskopisch erscheinen Choanen, mittlere Nasenmuscheln und Gänge, sowie hintere Enden der unteren Muscheln normal, der untere Nasengang verlegt. Auffallend sind die vielen cariösen Wurzeln im Oberkiefer, deren Reiz der Autor als Ursache der Wucherung anschuldigt.

Operation: Nach Freilegung von aussen erweisen sich die Wülste als grauröthlicher, rauher Knochen, auffallender Weise von weicher Consistenz, so dass er mit dem scharfen Löffel in grösserer Menge entfernt werden kann. Dabei wird die rechte, sehr verkleinerte, aber secretfreie Kieferhöhle eröffnet. Im Naseninneren gelingt es links nur mit Bohrer, Meissel und Zange ein Nasenlumen in den hier völlig eburnisirten Hyperostosen, die keine Differenzirung mehr von unterer Muschel und Septum erlauben, zu schaffen. Die rechte Seite wird vorläufig in Ruhe gelassen.

Ueber die Hyperostose der Oberkiefer im Allgemeinen äussert sich der Autor folgendermaassen: 1. Die Hyperostose der Oberkiefer ist eine seltene, fast immer symmetrisch auftretende Krankheit. 2. Sie führt regelmässig zu einer mehr oder minder hochgradigen Verlegung der Nasenlumina und zur Behinderung der Nasenathmung. 3. Eine Verkleinerung resp. ein Schwund der Kieferhöhlen ist eine regelmässige Folge der Hyperostose. 4. Sie ist in der Mehrzahl der Fälle durch ein Trauma hervorgerufen oder auf ein solches zurückzuführen. 5. Ob auch andere Ursachen, wie Zahncaries, Lues, Tuberculose, acute Infectionskrankheiten etc. die Veranlassung dazu abgeben können, das ist bisher nicht festgestellt. Indess erscheint multiple Zahncaries in dem von mir beobachteten Falle die alleinige Ursache der Erkrankung zu sein. 6. Die Prognose ist in keinem Falle günstig zu stellen. 7. Die Therapie soll zunächst intern und abwartend sein. Eine energische Hg-Cur eventuell mit Jodkali combinirt, sollte in jedem Falle vor einem operativen Eingriffe versucht werden. 8. Die Operation selbst hat sich auf die Beseitigung der entstellenden Exostosen und eventuell auf die Freilegung des Naseninnern zu beschränken.

ALBANUS (ZARNIKO).

49) **H. Ahrens. Ueber luetische Nekrose am Alveolarfortsatz der Kiefer.** *Dissert. München 1906.*

Berücksichtigung der Literatur und Hinzufügen 6 weiterer Fälle. Mehrere Röntgenbilder.

OPPIKOFER.

50) **L. Durm. Beitrag zur Casuistik der Kiefercysten.** *Dissert. München 1907.*

6 Kiefercysten, von denen 4 auf den Unterkiefer und nur 2 auf den Oberkiefer sich localisirten. Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand wurde nicht ausgeführt.

OPPIKOFER.

51) **J. Aizner. Ueber eine cystische Geschwulst des Unterkiefers.** *Dissert. Berlin 1907.*

Die Wand der den grössten Theil des Unterkiefers einnehmenden Cyste be-

stand bei dem 17jährigen Patienten aus derbem Bindegewebe ohne epitheliale Auskleidung.

Es wurde die Resection des Unterkiefers vorgenommen; doch giebt Verfasser zu, dass vielleicht eine Abtragung der vordern Wand und Ausräumung der Höhle genügt hätte.

OPPIKOFER.

52) **J. Wollenberg. Beitrag zur Casuistik der Myxome der Kiefer.** *Dissert. Leipzig 1906.*

W. kennt 3 Fälle von Kiefermyxom in der Literatur und reiht diesen drei Beobachtungen eine vierte an: Rechtsseitiges Myxom des Oberkiefers bei 29jährigem Landwirth; Operation, Heilung. Der Ausgangspunkt des kleinorangegrossen Tumors war nicht mehr mit Bestimmtheit festzustellen. Genaue mikroskopische Untersuchung.

OPPIKOFER.

53) **Edward A. Willis. Primäre Tuberculose der oberen Luftwege und des Verdauungstracts nebst Bericht über zwei Fälle von primärer Tuberculose der Uvula. (Primary tuberculosis oi the upper respiratory and alimentary tracts with reports of two cases of primary tuberculosis of uvula.)** *The Laryngoscope. August 1906.*

Verf. hat nur einen Fall selbst beobachtet. In diesem Fall gelang es trotz sorgfältigster Untersuchung nicht, irgendwo sonst im Organismus eine Spur von tuberculöser Erkrankung aufzufinden. Die Ulceration nahm den harten und weichen Gaumen ein. (Nach dem Eindruck, den man aus der Schilderung erhält, müsste der Fall eher als primärer Lupus des Pharynx bezeichnet werden. Ref.) Der zweite Fall war aus der Praxis von Braden Kyle.

EMIL MAYER.

54) **G. Knoblach. Ueber einen Fall von Tuberculose des Pharynx.** *Dissert. Erlangen 1906.*

Ausgedehnte ulceröse Tuberculose des Rachens, des weichen Gaumens, des Zungengrundes und des Kehldeckels bei 27jährigem Mann neben Tuberculose von Lungen und Darm.

OPPIKOFER.

55) **Letulle** (Paris). **Tuberculose des Pharynx. (Tuberculose du pharynx.)** *Presse médicale. No. 52. 27. Juni 1908.*

Verf. behauptet, dass die Pharynxtuberculose, die klinisch als ziemliche Seltenheit betrachtet wird, bei Patienten mit Visceraltuberculose recht häufig sei.

GONTIER DE LA ROCHE.

56) **A. Herzfeld** (New-York). **Leukoplakie und Carcinom.** *Dermatol. Centralbl. 7. 1908.*

In dem von Herzfeld mitgetheilten Falle war zweifellos das foudroyante Einsetzen des Carcinoms auf die wiederholten chirurgischen Eingriffe in dem durch die Leukoplakie veränderten Gewebe zurückzuführen.

SEIFERT.

57) **Landouzy** (Paris). **Semiologische Bedeutung der als sogenannte Raucherplaques bezeichneten Wangenleukoplasien. (Valeur séméiologique des Leucoplasies jugales dites „plaques des fumeurs".)** *Presse médicale. No. 52. 27. Juni 1908.*

Verf. schreibt den Raucherplaques eine grosse diagnostische Bedeutung bei, insofern sie seiner Ansicht nach nur bei Syphilitischen vorkommen.

GONTIER DE LA ROCHE.

58) **J. Philip Kanoky. Syphilitische Schleimhautflecken im Halse. (Syphilitic mucous patches on the throat.)** *Journal American Medical Association. 6. Juni 1908.*

Man wische die erkrankten Schleimhautpartien zuerst mit trockner Watte ab und befeuchte sie dann gründlich mit officineller Jodtinctur. Unmittelbar darauf applicire man mittels eines Wattetupfers 2—3proc. wässerige Sublimatlösung. Der Patient muss gewarnt werden, zu dieser Zeit seinen Speichel herunterzuschlucken, nach 5 Minuten spüle er seinen Mund mit Wasser aus. K. findet, dass 2—3malige Behandlung die Flecken zum Verschwinden bringt.

EMIL MAYER.

59) **J. Hellwig. Ueber den syphilitischen Primäraffect der Tonsille.** *Dissert. Berlin 1907.*

Der Primäraffect der Gaumenmandel ist viel häufiger als gewöhnlich angenommen wird. An der Klinik für Hautkrankheiten der Charité (Prof. Lesser) wurden während der Jahre 1900—1905 101 extragenitale Primäraffecte beobachtet. 22 derselben localisirten sich auf die Tonsille (21,7pCt.).

Die rechte Mandel war 10mal, die linke 7mal Sitz des Primäraffectes; in 3 Fällen war er doppelseitig. 2mal wurden contemporäre Primäraffecte beobachtet. 9mal war das männliche und in 13 Fällen das weibliche Geschlecht betroffen.

Die 22 Krankengeschichten sind in ihren wesentlichen Punkten wiedergegeben.

OPPIKOFER.

60) **Garel** (Lyon). **Ueber langdauernde Schluckschmerzen als diagnostisches Zeichen für Rachensyphilis. (De la dysphagie douloureuse prolongée comme signe revelateur de la syphilis de la gorge.)** *Le Laryngoscope. No. 11. April 1908.*

Verf. betont die grosse diagnostische Bedeutung des Schluckschmerzes. In jedem Fall von Affection des Pharynx, in dem seit mindestens drei Wochen ununterbrochen Schmerzen beim Leerschlucken oder beim Essen bestehen, müsse man vermuthen, dass eine syphilitische Erkrankung vorliege. Verf. äussert sein Erstaunen, dass dieses Symptom so oft vernachlässigt werde. Dieses Symptom finde sich in jeder Periode der Syphilis. Verf. macht darauf aufmerksam, dass im Fall eines Zweifels zwischen Tuberculose und Syphilis der mikroskopische Befund von Riesenzellen allein nichts beweise, da diese sich auch in den syphilitisch erkrankten Partien fänden.

GONTIER DE LA ROCHE.

61) **H. Marschik. Das kleingummöse Syphilid des Rachens.** (Aus der k. k. Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien des Hofrath O. Chiari.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinol.-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Vorführung dreier Fälle jener eigenartigen tertiären Luesform, die sich vorzugsweise in einer diffusen, oberflächlichen Infiltration mit geringer Neigung zu tiefer Ulceration, vor allem aber in der Bildung zahlreicher kleiner warziger Excrescenzen äussert. Chronisch torpider Verlauf. Bei dieser schwierig zu deutenden Affection ist die Serumdiagnose von ganz besonderer Wichtigkeit.

HANSZEL.

62) **L. Duncan Buckley. Syphilis der Mundhöhle. (Syphilis of the month.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Es giebt eine grosse Anzahl von Affectionen der Mundhöhle, die zu Verwechslungen mit Syphilis Anlass geben können, so Ekzeme an den Lippen ebenso wie Lupus erythematodes, Raucherleukoplakie. Verf. hält den Primäraffect der Tonsille für häufiger, als man glaubt; er hat vor einigen Jahren über 15 zweifellose solche Fälle berichtet und seitdem noch mehrere gesehen.

LEFFERTS.

63) **A. Calas. Die peripharyngealen Abscesse. (Les abscès péripharyngiens.)** *Dissert. Montpellier 1906.*

Nach anatomischen Vorbemerkungen bespricht C. unter Beifügen von Krankengeschichten Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der im Bereich des Pharynx vorkommenden Abscesse.

OPPIKOFER.

64) **Litthauer** (Berlin). **Ueber retropharyngeale Geschwülste.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1907.*

Der Begriff der retropharyngealen Geschwülste erfordert, dass sie hinter dem Pharynx und seinen sämmtlichen Muskelfasern vor der Wirbelsäule sitzen. Uebersicht über die Litteratur der seltenen Erkrankungen.

Eigene Fälle: 1. 40jähriger Mann. Taubeneigrosse, knorpelharte Geschwulst an der hinteren Rachenwand, der Halswirbelsäule fest aufsitzend. Nach 4wöchentlichem Jodkaligebrauch verschwunden. 2. 34jährige Frau. Nach mehreren Jahren von der linken Seite der hinteren Rachenwand ein $9 : 6^1/_2 : 5$ cm grosser, auf der Unterlage verschieblicher Tumor entstanden, der den Schluckact sehr beeinträchtigt; starke Abmagerung. Auch erschwerte stridoröse Athmung. Operation. Durch Schnitt von aussen, parallel dem linken Unterkiefer, lässt sich die Geschwulst — ein Fibrosarkom — gut entfernen. Gleichzeitig bestand durch den Druck des Tumors eine Lähmung des Sympathicus, die sich durch Parese des Gaumensegels, Verengerung der linken Pupille und Lidspalte, sowie Zurückgesunkensein des Bulbus kundgab.

ALBANUS (ZARNIKO).

65) **A. Moty. Beitrag zum Studium des lateropharyngealen Abscesses beim Kinde. (Contribution à l'étude de l'abcès latéro-pharyngien chez l'enfant.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Verf. unterscheidet 1. die vor dem Processus styloideus gelegenen Abscesse,



die mit Unrecht peritonsilläre genannt werden und oft in Folge einer Infection der Mandel entstehen. Sie sind bei Kindern unter einem Jahr extrem selten. 2. Die hinter dem Processus styloideus gelegenen Abscesse, die meist mit den retropharyngealen Abscessen zusammengeworfen werden; es sind dies Adenophlegmonen, die von einer Infection einer benachbarten Schleimhaut (Nase, Mittelohr) herrühren. Es ist selten, dass sie sich spontan öffnen; wenn man nicht schwere Complicationen entstehen sehen will, darf man mit der Operation nicht zu lange zögern.

A. CARTAZ.

66) **Moty** und **Delporte. Lateropharyngealer Abscess, wiederholte Hämorrhagien; Unterbindung der Carotis communis; Heilung. (Abcès latéropharyngien; hémorrhagies répétées; ligature de la carotide primitive; guérison.)** *Arch de méd. militaire. September 1907.*

Pat., ein Soldat, wurde am 12. Januar 1907 mit den Erscheinungen einer Tonsillenphlegmone in das Hospital aufgenommen. Die Erscheinungen gingen zurück; jedoch trat zwei Tage darauf von Neuem eine Anschwellung auf, die das Bild eines lateropharyngealen Abscesses darbot. In der Nacht vom 19. Januar wurde sanguinolenter Schleim expectorirt, zwei Stunden darauf eine neue Blutung. Die Pharynxwand wurde durch einen blaurothen Tumor, ein submucöses Hämatom, vorgewölbt. Da die Blutungen wiederkehrten, so wurde die Carotis communis der betreffenden Seite unterbunden. Es zeigten sich keine cerebralen Störungen, ausser einer leichten Ptosis des linken Lids. Das Hämatom verschwand allmählich; Pat. wurde geheilt.

Verff. meinen, es wäre im Verlauf des Abscesses zu einer Arrosion der Carotis gekommen.

A. CARTAZ.

67) **Francesco Cima. Der Retropharyngealabscess der Kinder. (L'ascesso retrofaringeo dei bambini.)** *La Pediatria. Juli 1907.*

Verf. berichtet über vier Fälle, er bespricht besonders die Schwierigkeiten der Diagnose, die um so grösser sind, je kleiner das Kind. In dem einen der mitgetheilten Fälle waren die Symptome so dunkel, dass Verf. zuerst Seruminjectionen machte, weil er glaubte, es handle sich um Diphtherie. In dem einen der vier Fälle hatte die Impfung an Meerschweinchen mit dem aus dem Abscess entleerten Eiter allgemeine Tuberculose zu Folge.

FINDER.

68) **D. C. L. Fitzwilliams. Eiterung der Racheuregion. (Suppuration in the region of the pharynx.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Januar 1907.*

Verf. analysirt 75 bei Kindern beobachtete Fälle, die er in folgende Gruppen eintheilt: 1. Eiterung in der Tonsille oder ihrer Umgebung. 2. Retropharyngealabscess. Der Abscess liegt nach aussen von der Pharynxwand zwischen der oropharyngealen Aponeurose und der praevertebralen Schicht der tiefen Halsfascie. 3. Postadenoide Eiterung, die zwischen dem lymphatischen Gewebe in der Schleimhaut und der Pharynxaponeurose sich befindet. 4. Eiterung oder Verkäsung in den tiefen Halsdrüsen, die sich noch auf die seitliche Pharynxwand ausbreitet. 5. Kalter Abscess in Folge Wirbelcaries, der hinter der prävertebralen Schicht der tiefen Halsfascie liegt.

In allen Fällen ist die Eröffnung des Abscesses von innen wünschenswerth. Vorsichtige Anwendung eines allgemeinen Narkoticums ist angebracht ausser bei ganz kleinen Kindern und bei Dyspnoe.

LEFFERTS.

d. Diphtherie und Croup.

69) **J. M. Knaap** und **W. Schüffner** (Medan). **Zwei Fälle von echter Diphtheritis in Medan. (Twee gevallen van echte diphtheritis in Medan.)** *Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indië. XLVI. Lief. 6. 1907.*

Zwei Fälle von Rachendiphtherie mit secundären Lähmungen; in dem einen Falle mit positivem Ergebniss der in vollem Umfange ausgeführten bakteriologischen Untersuchung.

Die Frage nach der Häufigkeit des Vorkommens von Diphtherie in Niederländisch Indien ist noch eine offene. Es besteht ein auffallendes Missverhältniss zwischen den häufigen klinischen und den nur ganz vereinzelten bakteriologischen Diagnosen. Jedenfalls kommt die Krankheit dort niemals epidemisch vor.

H. BURGER.

70) **H. Vervoort** (Amsterdam). **Bacillenträger bei Diphtherie. (Bacillendragers bij diphtherie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 12. 1908.*

71) **W. Posthumus Meyjes** (Amsterdam). **Die Bedeutung und die Infectiosität von latenten Diphtherieformen. (De beteekenis en de besmettelykheid van latente vormen van diphtherie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 12. 1908.*

Beide Arbeiten beschäftigen sich mit einer Schulepidemie von Diphtherie. Unter den Schülern und den Hausgenossen von Schülern einer Privatschule in Amsterdam kamen mehrere zum Theil sehr ernster, ein Paar sogar tödtlich endender Diphtheriefälle vor, welche sich nach zeitlicher Ausweisung der Geschwister inficirter Kinder, sogar nach vollständiger Schliessung und Desinfection des Schulgebäudes wieder von Neuem zeigten. Es wurde dann von Vervoort eine bakteriologische Untersuchung der Lehrer, der geheilten Kinder und deren Hausgenossen und sämmtlicher Kinder der Fröbelabtheilung, im Ganzen 97 Personen, vorgenommen. Das Resultat war, dass sich unter den geheilten 10 Kindern 2, unter deren gesunden 17 Hausgenossen 2, unter den gesunden 70 Kindern und Lehrern ebenfalls 2, im Ganzen also 6 Bacillenträger befanden. Zwei gesund gebliebene Bacillenträger hatten trotz energischer Desinfectionsversuche während 60 Tagen noch immer Diphtheriebacillen im Halse.

Vervoort befürwortet die bakteriologische Untersuchung aller geheilten Diphtheriepatienten in den Krankenhäusern, wo ja wohl immer geschulte bakteriologische Hülfe vorhanden ist. Meyjes plädirt für obligatorische Untersuchung geheilter Diphtheriefälle.

H. BURGER.

72) **Büllmann** (Herbrechtingen). **Die locale Behandlung der Löfflerdiphtherie mit Collargol und Bemerkungen über Pyocyanasebehandlung.** *Med. Klinik. 39. 1908.*

Die Anwendung der 5 proc. Collargollösung ist auf nichtdiphtherische Be-

läge zu beschränken, die Lösung selbst aus der localen Therapie der Löfflertherapie auszuscheiden. Die Erfahrungen über Pyocyanasebehandlung sind noch zu spärlich, um ein endgültiges Urtheil über deren Werth abzugeben, berechtigen aber doch zu weiteren Fortsetzungen der therapeutischen Versuche. SEIFERT.

73) **Vivaldi. Die Localbehandlung bei diphtherischen Infectionen der ersten Luftwege. (La cura locale nelle infezioni difteriche delle prime vie aeree.)** *Gazetta degli ospedali. 13. September 1908.*

Eine ausgezeichnete Wirkung, die auf seinem opsonischen Vermögen beruht, hat das bivalente Bandi'sche Serum. Applicationen wässriger oder alkoholischer Lösungen von Sublimat, Carbolsäure oder Lysoform sind, weil coagulirend und irritirend, nicht zu empfehlen; ausserdem stellen sie eine Gefahr für die Niere dar: dagegen ist Wasserstoffsuperoxyd ein ausgezeichnetes Mittel zur localen Application.

FINDER

74) **Alexander W. Blain. Urticaria nach der zweiten Anwendung von Diphtherie-Antitoxin. (Urticaria following the second administration of diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 6. Juni 1908.*

Man soll mit der zweiten Darreichung von Antitoxin sehr vorsichtig sein, wie lange Zeit es auch seit der ersten Anwendung her sein möge und wenn eine Person, die bereits einmal Antitoxin erhalten hat, der Diphtherieinfection ausgesetzt ist, so soll man, wenn die Möglichkeit einer Ueberwachung vorhanden ist, lieber warten, bis Erscheinungen von Diphtherie bei ihr auftreten. Bei Personen, denen eine immunisirende Antitoxindosis verabfolgt worden ist und die später an Diphtherie erkranken, soll man die Dosis jedenfalls nicht zu hoch nehmen.

LEFFERTS.

75) **Martin. Mortalitätsursachen bei Diphtherie trotz der Anwendung von Antitoxin. (Causes of mortality in diphtheria despite the use of antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 1. August 1908.*

M. hat seine Beobachtungen am Material des Hôpital Pasteur gemacht; die Zahl der Fälle betrug von 1900—1908 im Ganzen 853. Von diesen Patienten starben 83, davon 28 innerhalb 24 Stunden nach der Einlieferung, so dass das Serum nicht mehr seine Wirkung entfalten konnte. Die Mortalität betrug 9,73 pCt., jedoch kommt, wie wir sehen, der dritte Theil auf solche Fälle, die zu spät eingeliefert wurden. Bei den übrigen Todesfällen, die Kinder unter zwei Jahren betrafen, erfolgte bei einem Theil der Ausgang in Folge Kehlkopfcomplicationen, die die Intubation nöthig machten und oft eine Bronchopneumonie zur Folge hatten. Bei älteren Leuten und Erwachsenen trat bisweilen der Tod in Folge von Mischinfection ein. In anderen Fällen hatte zwar das Serum eine locale Heilung zu folge; die resorbirten Toxine hatten jedoch die Function der Nieren, der Leber und Nebennieren so geschädigt, dass der Tod in Folge Intoxication eintrat. Das einzige Mittel in diesen Fällen ist die Injection grosser Serumdosen, sobald ungünstige Symptome auftreten.

Die Mortalität, das ist der Schluss, zu dem M. gelangt, kann dadurch reducirt werden, dass Serum frühzeitig injicirt wird und dass in den späteren Stadien der Erkrankung grosse Dosen zur Anwendung gelangen. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **N. J. Pook van Baggen** (Haag). **Der Stimmmissbrauch und dessen methodisch-hygienische Behandlung. (Hoe men de stem misbruikt en hare methodisch-hygiënische behandeling.)** *Haarlem 1908.*

Uebungsbüchlein für Sprachcurse. Die erläuternden physiologischen Erörterungen zeigen leider nicht immer, dass die physiologische Grundlage der Verfasserin (einer Sprachlehrerin) eine durchaus solide wäre.

H. BURGER.

77) **W. Nagel. Physiologie der Stimmwerkzeuge.** *Handbuch der Physiologie des Menschen. Bd. 4. 2. Hälfte. Braunschweig, Vieweg. 1907.*

Es muss als eine erfreuliche Thatsache hingestellt werden, dass einer unsrer führenden Physiologen, der Director des physiologischen Instituts in Rostock, Prof. Nagel, in dem von ihm herausgegebenen Handbuch der Physiologie selbst das Capitel der Physiologie der Stimmwerkzeuge nach den Ergebnissen der neueren Forschung behandelt. In dem ersten Abschnitt werden nacheinander besprochen der Aufbau des Stimmapparates im Allgemeinen, der Bau des Kehlkopfs, die Bewegungsmöglichkeiten am Kehlkopf, die bewegenden Kräfte im Kehlkopf, die Innervation des Kehlkopfs, die Beobachtung des Kehlkopfs im Leben. Das zweite grosse Capitel umfasst die Erzeugung der Stimmlaute, das dritte die akustische Analyse der Stimmlaute. In dem Capitel Bewegungsmöglichkeiten am Kehlkopf wird zum ersten Male in einem Lehrbuche der durch Stieda-Wik erweiterten Kenntniss des Crico-Arytaenoidgelenkes Rechnung getragen. Desgleichen der Verlauf der elastischen Fasern im Proc. vocalis anterior nach Katzenstein geschildert. Das Ineinandergreifen der Gesammtmusculatur im Gegensatz zu der Wirkung der einzelnen Kehlkopfmuskeln wird nebeneinander in dem Capitel über die bewegenden Kräfte am Kehlkopf genau besprochen. In dem Capitel über Innervation des Kehlkopfs behandelt Verf. besonders eingehend die Frage der Medianstellung der Stimmlippen in Folge von Posticuslähmung: in diesem Capitel wird die Untersuchung Katzenstein-du Bois-Reymond's, gegen die Kuttner Stellung genommen hatte, bestätigt: „Neuerdings haben du Bois-Reymond und Katzenstein in der Durchschneidung des Vagus unterhalb des Recurrensabganges ein Mittel gefunden, um nach vorheriger Abtragung des M. crico-arytaenoideus posticus anhaltende, fast völlige Medianstellung zu erzielen. Schon früher hatten sie die Durchschneidung der Lungenäste von deutlicher Einschränkung der respiratorischen Glottisveränderungen gefolgt gesehen. Wird nun diese Operation an die Ausschaltung des Posticus angeschlossen, so folgt auf das Semon'sche erste Stadium der Recurrenslähmung das zweite, wie es bisher experimentell nicht zu erreichen war. Nach der Ansicht der genannten Autoren, denen ich zustimme, ist in ihrem Operationserfolg derjenige Fall gegeben, der der Recurrenslähmung durch Geschwülste entspricht: die Fasern zum Posticus haben — das muss angenommen werden — zuerst gelitten, Lähmung des Posticus ist eingetreten, die Schädigung der Lungenfasern schädigt den inspiratorischen Erweiterertonus und die adduktorische Componente des Cricothyreoideus und Thyreoarytaenoideus mit ihrem ungeschädigten Tonus kommt (ohne dass eine secundäre Contractur an-

zunehmen wäre!) voll zur Geltung. Wo also, wie in den Semon'schen Fällen, von Kehlkopfmuskeln nur der Posticus allein gelähmt war und doch Medianstellung bestand, ist es nach diesem Befunde von du Bois-Reymond und Katzenstein wahrscheinlich, dass eine Schädigung der centripetalen Lungenfasern zugleich vorlag. Nicht ausgeschlossen ist natürlich, dass beim Menschen die Verhältnisse etwas anders liegen als beim Hund und dass deshalb auch andere centripetale Fasern, wenn sie gleichzeitig mit den Posticusfasern (oder nach diesen) geschädigt wurden, das Stimmband in Medianstellung bringen."

In dem Capitel Centralorgane der Kehlkopfinnervation ist die geschichtliche Entwickelung des Krause'schen Kehlkopfbewegungscentrums bis zur Gegenwart fortgeführt, dagegen werden das Niescentrum im Stirnlappen und vom Referenten gefundene Lautgebungscentrum im Gyrus centralis ant. noch nicht erwähnt.

In dem Capitel Erzeugung der Stimmlaute wird der Mechanismus der Stimmlippen beim Phoniren nach den grundlegenden Ewald' und Musehold'schen Arbeiten eingehend gewürdigt. Die Eintheilung der Stimmlaute beschränkt sich auf die Einordnung der in der Sprache wirklich verwendeten Laute, unter den Sprachlauten sind die der deutschen Sprache mit ihren üblichen Buchstabenbezeichnungen in den Vordergrund gestellt. In dem Capitel akustische Analyse werden die Vocaltheorien, die phonautographischen Untersuchungen, die künstliche Nachahmung, Reproduction und Alteration von Vocalklängen, sowie schliesslich der akustische Charakter der Consonanten besprochen.

Wenn auch der Verf. im Eingange seiner Abhandlung sagt, dass wer heute eine Phonetik im weitesten Sinne schreiben wollte, nicht nur umfassende physiologische und physikalische, sondern auch pathologisch-klinische, psychologische und nicht zum wenigsten philologische Kenntnisse haben müsste, wenn auch naturgemäss in dem vorliegenden Werk hauptsächlich physiologisch - physikalische Kenntnisse verwertet sind, so bildet diese zusammenfassende neue Darstellung des in Frage stehenden Gebietes neben den älteren, schon weil sie der modernen Litteratur in meisterhafter Weise gerecht wird, einen solchen Fortschritt, dass sie allen, die sich mit der Erforschung der Stimme und Sprache beschäftigen, unentbehrlich sein wird.

J. KATZENSTEIN.

78) **H. Gutzmann** (Berlin). **Ueber Stellung und Bewegung des Kehlkopfes bei normalen und pathologischen Sprechvorgängen. II. Theil.** *Beiträge zur Anatomie, Phys., Path. u. Ther. des Ohres, der Nase u. des Halses. Bd. I. S. 482. 1908.*

Der erste Theil der Arbeit wurde im Centralblatt, Juni 1908, Seite 321, bereits referirt. In dem vorliegenden zweiten Theil bespricht nun G. vorerst die functionellen und dann die organischen Stimm- und Sprachstörungen; in einem dritten Capitel werden die symptomatischen Sprachstörungen berücksichtigt.

Die Arbeit, die in Folge ihrer practischen Wichtigkeit im Original nachgelesen werden sollte, führt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Untersuchung auf Kehlkopfbewegung und -stellung soll bei stimm- und sprachgestörten Patienten vorwiegend durch die einfachen klinischen Methoden der Inspection und Palpation vorgenommen werden. Die graphische Darstellung

der Bewegungen soll stets nach der möglichst genauen optischen und taktilen Controle von Stellung und Bewegung des Kehlkopfes statthaben.

2. Wir finden bei allen Stimm- und Sprachstörungen, die als Ausfallserscheinungen anzusehen sind, nur sehr geringe, von der Norm nicht abweichende Bewegungen des Kehlkopfes, bei allen denjenigen Störungen aber, die als spastische Coordinationsstörungen anzusprechen sind, ausserordentlich starke Bewegungen.

3. Für die Uebungstherapie muss aus den mitgetheilten Ergebnissen der Schluss gezogen werden, dass die sorgsame Beobachtung des Kehlkopfstandes durch Auge und Hand in weitaus den meisten Fällen genügt, zum mindesten um grobe Abweichungen von dem normalen Verhalten des Kehlkopfes zu beseitigen.

OPPIKOFER.

79) **P. J. Mink. Die Glottis.** *Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 23. S. 131.*

In der Arbeit wird eine durchaus subjective Darstellung der respiratorischen und phonetischen Thätigkeit des Kehlkopfes gegeben, die einer Nachprüfung dringend bedarf. — Die Zwerchfellbewegung hebt respiratorisch den Ringknorpel, spannt die Stimmlippen und bestimmt die Weite der Stimmritze. Der Gegenzug, nöthig zur Fixirung des Schildknorpels, wird geliefert durch die Sternothyreoidei. Die Verschiebung ist gebunden an das Gelenk zwischen Schild- und Ringknorpel, findet also ihre Grenzen in der Beweglichkeit dieser Verbindung. Die sich contrahirenden Mm. crico-thyreoidei fördern die Hebung des Ringes und die Senkung des Schildknorpels; sie sichern die Stellung der vorderen Ansatzpunkte der Stimmlippen.

Wenn beide Hälften des Larynx hinten durch die Cricothyreoidgelenke, vorn durch Muskelwirkung in ihrer Verschiebung gehemmt sind, machen sie weitere Bewegungen zusammen mit. Der Kehlkopf kann sich noch heben und senken, aber nur als Ganzes. Eine weitere Anspannung der Stimmlippen findet nicht mehr statt, weil ihre vorderen und hinteren Ansatzpunkte sich nicht mehr voneinander entfernen. Die Glottisstellung, die beim Anfang der Contraction der Crico-thyreoidei bestand, ändert sich nicht mehr in Folge der Respirationsbewegung. Die Mm. crico-thyreoidei fixiren die Glottis in der Cadaverstellung. — Die phonetische Function der Glottis hat selten Beziehung auf die Cadaverstellung. Als Regel hat man eine Stimmritze zu erwarten, die enger ist. Diese weitere Verengerung wird erwirkt durch willkürliche Weiterdrehung der Proc. vocales nach der Mittellinie und zwar durch die Mm. laterales. Die Annäherung der hinteren Theile der Proc. vocales wird bewirkt durch die Transversi in Zusammenhang mit dem Constrictor vestibuli, die die Spitzen der Aryknorpel aneinanderschmiegen.

Der M. crico-thyreoideus gilt als Depressor und wird verglichen mit dem Depressor der Nasenflügel, wie Verf. überhaupt die Thätigkeit der Nase und des Kehlkopfs in Vergleich setzt. — Der Beginn der Glottisöffnung wird erwirkt durch den Dilatator vestibuli, der den Arywinkel öffnet; der M. externus zieht die unteren Achsenpunkte auseinander. Der Posticus öffnet die Stimmlippen bis zur Cadaverstellung; der Posticus ist das Analogon des Nasenflübelhebers. In der Cadaverstellung wird die Stimmlippe durch den Crico-thyreoideus festgehalten, dessen Contraction nachlassen muss, bevor eine weitere Eröffnung möglich ist. Wenn

diese stattgefunden hat, ist die Einheit des Kehlkopfes aufgelöst, sodass wir wieder mit seinen beiden Hälften zu schaffen haben. Dieser Vorgang markirt das Ende der phonetischen, den Wiederanfang der respiratorischen Function. Man muss desshalb mit einer Hebung des Sternums rechnen; dabei muss der M. sterno-thyreoideus durch Annäherung seiner Ansatzpunkte erschlaffen. Dadurch bekommt der M. thyreo-hyoideus, der bei der vorangehenden Exspiration vielleicht etwas gedehnt war, Gelegenheit sich zu contrahiren. Lässt die Contraction der Crico-thyreoidei nach, so kann der Schildknorpel unter dem Einflusse des Thyreo-hyoideus nach oben gezogen werden. Der Ringknorpel folgt dieser Bewegung nicht, dagegen steht er unter der Herrschaft von Trachea und Lungen, die sich mit dem Zwerchfell senken; es ist also in der Inspirationsbewegung selbst eine doppelte Ursache enthalten für das Auseinanderrücken der beiden Kehlkopfhälften. — Die Mittelstellung der Glottis ist unabhängig von irgendwelcher Muskelwirkung des Kehlkopfes, sie wird ganz und gar bestimmt durch das gegenseitige Verhältniss der beiden Kehlkopfhälften. Nur die Mm. sterno-thyreoidei und thyreo-hyoidei verhalten sich gewissermaassen activ als Folge der Hebung und Senkung des Brustbeines. Sie müssen also zu den Respirationsmuskeln gerechnet werden. Bei der gewöhnlichen Respiration wird ihre Activität sich wohl beschränken auf eine kleine Schwankung des Tonus. — Eben die Unabhängigkeit der Muskelwirkung macht die Glottisstellung sehr labil. Automatisch kann diese sich sofort den Luftdruckschwankungen anpassen, ohne dass diese mit der relativ trägen Contraction und Erschlaffung von Muskeln zu schaffen hat. Diese leichte selbstständige Anpassung ist von so überwiegender Bedeutung für den Körper, dass die auf Muskelwirkung beruhende Phonation nur sehr nebensächlich heissen kann.

J. KATZENSTEIN.

80) **H. Gutzmann** (Berlin). **Stimme und Sprache ohne Kehlkopf.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. No. 2. 1908.*

Vortrag, gehalten auf dem I. Internat. rhino-laryngolog. Congress zu Wien, April 1908.

OPPIKOFER.

81) **Barth** (Berlin). **Ueber functionelle Stimmstörungen und ihre Behandlung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 34. 1907.*

Der Autor unterscheidet bei den functionellen Stimmstörungen:

I. Ein zu weites Klaffen der Stimmbänder. Meist Hysterie. Psychische Behandlung. Sprechenlassen bei Annäherung der Stimmlippen durch elektrischen Strom oder mechanischem Zusammendrücken des Kehlkopfs. In einem Falle Sprechversuche beim Inspirium.

II. Spastische Aphonie. Schluss der Stimmbänder zu fest. Neben Hysterie vielfach Neurasthenie als Ursache. Oft Athemstörung. Therapie: Gefühl der richtigen Phonation wiedergeben, durch Einüben der Flüsterstimme, ev. Anwendung der Autolaryngoskopie. In mehreren Fällen Heilung durch Einklemmen einer Sonde bei Glottisschluss.

III. Autosuggerirte Aphonie nach einer Laryngitis (Influenza). Kein vollkommener Schluss der Glottis. Therapie: Suggestion.

IV. Persistirende Fistelstimme. Nach Stimmbruch zu starkes Spannen der Stimmbänder. Therapie: in tiefer Lage sprechen lassen.

V. Mogiphonie (B. Fränkel) oder Phonasthenie. Ermüdung, Schmerzen nach Gebrauch der Stimme. Berufsredner. Durch Störungen der Athmung, Phonation oder Articulation. Therapie: Uebung in tiefer Tonlage. Wichtig ist, dass der Kehlkopf mit steigender Tonhöhe nicht steigt, sondern eher hinuntergeht. Von Wichtigkeit ferner Abflachung des Zungengrundes, ungestörte Nasenresonanz.

In der Discussion (Berl. kl. W. 1907, No. 19) erwähnt Gutzmann, dass der durchschnittliche Stimmumfang eines erwachsenen Mannes bei gewöhnlicher Sprache etwa von A bis e reicht. In der Erregung steigt die Tonhöhe.

Erwähnung des Fehlers des geräuschvollen Einathmens beim Sprechen, wobei die Glottis statt in fünfseitiger Form mit aneinander gedrückten Aryknorpeln (wie beim Flüstern mit Exspiration) steht.

Katzenstein bemerkt, dass beim Forte-Ton und Schwellton, falls keine Steigerung der Tonhöhe durch den Luftdruck eintreten soll, eine Muskelentspannung eintreten muss; anderenfalls kommen Zerrungen von Muskeln und Nerven zustande, die zu einer Neuritis des Recurrens und Laryngeus superior führen können. Schmerzpunkt zwischen Brustbein und Sternocleidomastoideusansatz. Hier ist Ruhe, Behandlung der Neuritis, später Angewöhnen eines leichten Toneinsatzes nöthig.

ALBANUS (ZARNIKO).

82) **H. Gutzmann** (Berlin). **Grundzüge der Behandlung nervöser Sprachstörungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 16. 1906.*

Aus dem Vortrage sei hervorgehoben, dass nach den Beobachtungen des Verfassers auch Veränderungen in Nase und Kehlkopf nervöse Sprachleiden stark beeinflussen und, wenn sie bestehen bleiben, den Erfolg der Therapie beeinträchtigen können. Ein drastisches Beispiel: Stottern, das durch Uebungstherapie beseitigt ist, kann bei acutem Schnupfen plötzlich wieder anftreten und durch Cocainisirung zum Verschwinden gebracht werden. — Desshalb ist auch bei nervösen Sprachstörungen die Nase wohl zu beachten, Muschelschwellungen, Spinen, Cristen müssen beseitigt werden.

ZARNIKO.

83) **Willy Böhm** (München). **Ueber Sprachstörungen und deren Ursachen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1908.*

Physiologische, pathologische und therapeutische Betrachtungen über obiges Thema, die sich zu kurzem Referat nicht eignen.

HECHT.

84) **E. Hopmann** (Köln). **Sigmatismus nasalis.** *Med.-pädagog. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. Mai 1908.*

Die Besonderheiten des ausführlicher beschriebenen Falles (15jähr. Barbierlehrling) bestanden in der Bildung des Mundhöhlenverschlusses an der 3. Articulationsstelle bei einem Sigmatismus nasalis, der begleitet war von einem Sigmatismus lateralis bei der Aussprache des Sch. Im Anhang Mittheilung eines ganz ähnlichen Falles bei einem 9jähr. Mädchen.

SEIFERT.

85) **Suné y Medan. Ein Fall von hysterischer Aphonie. (Un case de afonia histérica.)** *Revista barcelonesa de laringologia. No. I. 49.*

Schnelle Heilung nach Anwendung faradischer Ströme und Suggestion.

TAPIA.

86) **J. Broeckaert. Die sympathischen Kehlkopfnerven. (Les nerfs sympathiques du larynx.)** *Bruxelles Mém. Acad. 55. 1907.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

87) **A. Kuttner** und **E. Meyer** (Berlin). **Führt der Recurrens des Menschen sensible Fasern? Entgegnung auf die Mittheilung des Herrn Prof. F. Massei.** *Fränkel's Archiv f. Laryngologie. 20. Bd. S. 169.*

88) **Massei** (Neapel). **Erwiderung auf vorstehenden Aufsatz.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 356 u. 358. 1907.*

Kuttner und Meyer stellen Missverständnisse klar und kommen zu dem Schluss, dass bisher im Recurrens des Menschen sensible Fasern sich nicht haben nachweisen lassen.

Massei meint in seiner Erwiderung: „Vielleicht werde ich auch zugeben müssen, dass der Recurrens kein gemischter Nerv ist oder die Herren Kuttner und Meyer werden die Anästhesie des Kehlkopfeingangs bei Recurrenslähmung als unumstössliche Thatsache anerkennen müssen."

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

89) **Branluet** (Paris). **Kehlkopflähmung traumatischen Ursprungs. (Paralysie laryngée d'origine traumatique.)** *Société de chirurgie. Bulletin. 23. Juli 1908.*

Bei einem Patienten traten nach einer penetrirenden Wunde ungefähr 1 cm nach oben und hinten von dem linken Kieferwinkel eine Reihe von Lähmungserscheinungen auf. Sympathicuslähmung (Enophtalmus, Myosis, Verengerung der Lidspalte), Lähmung des Facialis und des Hypoglossus (zu bemerken ist, dass keine Gaumensegellähmung bestand) sowie des äusseren Spinalnervenastes (Sternocleidomastoideus und Trapezius).

Die linke Stimmlippe war roth und in Zwischenstellung, der Aryknorpel nach vorn gesunken. Man konnte in dieser Thatsache eine Bestätigung für die von manchen Autoren behauptete Betheiligung des Sympathicus an der Kehlkopfinnervation erblicken; gleichzeitig bestand jedoch auch ein Husten, für dessen Erklärung man eine Verletzung des N. pneumogastricus hätte annehmen müssen.

GONTIER de la ROCHE.

90) **Hirschfeld** (Berlin). **Vorstellung eines Falles von einseitiger Durchschneidung des Sympathicus, Vagus, Accessorius, Glossopharyngeus, Hypoglossus und Lingualis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 25. 1907.*

Larynkoskopisch zeigte sich das rechte Stimmband (Verletzung durch einen Dolchstoss in der Nähe des rechten Kiefergelenkes) in Cadaverstellung, bei Phonation und Athmung unbeweglich. Ein Druck in der Gegend zwischen Unterkieferwinkel und Sternocleidomastoideus löst heftigen Husten aus durch Reizung des centralen Endes des durchschnittenen Nervus laryngeus superior.

ALBANUS (ZARNIKO).

91) **Ludwig Neufeld** (Posen). **Zur Kenntniss des Kehlkopfkrampfes der Erwachsenen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 349. 1907.*

Verf. berichtet über drei Beobachtungen. Bei den beiden ersten Fällen scheint es sich nach Angaben des Verfs. um Infectionen mit dem Virus des Keuchhustens bei Erwachsenen zu handeln. Die Anfälle traten meist ein- bis zweimal am Tage auf und schienen durch Inhalationen günstig beeinflusst zu werden. Der objective Befund am Kehlkopf war in dem einen Falle negativ, in dem anderen zeigten sich leichte katarrhalische Veränderungen.

Der dritte Fall dürfte wohl zu denjenigen Fällen von Laryngospasmus gerechnet werden, die man unter der Bezeichnung des Ictus laryngis beschrieben hat. Mehrmals am Tage traten heftige Erstickungsanfälle auf, nachdem Pat. durch Schlafen in einem rauchigen Zimmer eine heftige Laryngitis acquirirt hatte. Der Anfall ist von heftiger Cyanose begleitet und von 20—30 Secunden dauernden, wahrscheinlich auf Kohlensäurevergiftung des Blutes, beruhenden Krampfzuständen gefolgt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

92) **L. Réthi** (Wien). **Einiges über die Pendelzuckung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1908.*

Réthi berichtet über 2 Fälle von Oesophaguscarcinom mit einseitiger Recurrenslähmung, bei dem er anfangs noch postphonatorische Zuckungen der Aryknorpel der gelähmten Seite und mit dem Fortschreiten der Erkrankung das allmähliche Verlöschen derselben beobachten konnte. Diese nur noch im Beginne der Recurrenslähmung auftretenden Zuckungen sind wohl dadurch zu erklären, dass der Nerv seine Leistungsfähigkeit noch nicht ganz eingebüsst hat, und dass „durch die Summirung der Impulse noch ein genügend kräftiger Reiz zu Stande kommt, um eine Zuckung auszulösen". Mit dem vollständigen Verlust der Nervenerregbarkeit hören dann auch die Zuckungen auf.

HECHT.

93) **Otto J. Freer** und **Stanton A. Friedberg. Kehlkopfkrisen und Abductorparese der Stimmlippen als wichtiges Frühsymptom der Tabes nebst Bericht über einen Fall. (Laryngeal crises and paresis of the abductors of the vocal cords as important early symptoms of tabes with the report of a case.)** *Journal American Medical Association. 5. September 1908.*

Verf. beschreiben einen Fall von sicher gestellter Tabes mit Larynxkrisen und mit beiderseitiger Abductorparese.

Bei dem Versuch, den Larynx zu cocainisiren, trat ein Anfall auf und es war Gelegenheit, diesen laryngoskopisch zu beobachten. Man sah die Stimmlippen fast in Phonationsstellung fixirt; trotz der heftigsten inspiratorischen Anstrengungen erfolgte auch nicht die geringste Abductionsbewegung. Die Stimmlippen blieben mindestens 15 Secunden lang in der Mittelstellung fixirt. Zwischen den Stimmlippen war eine schmale elliptische Oeffnung vorhanden; man sah die Ränder der Stimmlippen leicht vibriren, ein Zeichen, dass mindestens etwas Luft durch die Glottis hindurchgehen musste. Darauf beruhte es wohl auch, dass keine Bewusstlosigkeit eintrat, was man bei vollkommenem Verschluss der Glottis hätte erwarten müssen. Verff. sehen darin eine Anstrengung der M. thyreo-arytaenoidei

interni, der Wirkung der Posticuslähmung entgegenzuarbeiten. Mit dem Wiederkehren der Abduction hörte der Anfall sofort auf.

EMIL MAYER.

94) **Wolff Freudenthal. Kehlkopferscheinungen bei Tabes und multipler Sklerose. (Laryngeal manifestations in locomotor ataxia and multiple sclerosis.)** *Journal American Medical Association. 13. Juni 1908.*

Larynxkrisen sind so häufig, dass sie fast von pathognomonischer Bedeutung sind. Einseitige und doppelseitige Posticuslähmung sind bei Tabes die Veränderungen par excellence; doch ist auch eine einseitige Recurrenslähmung oft mit Hyperabductionsstellung der Stimmlippe, wie sie Harland erwähnt, nichts Ungewöhnliches. Die Abductorfasern des Recurrens werden bei Tabes sowohl wie bei multipler Sklerose primär afficirt. Die Stimme der Tabiker ist oft trotz vorgeschrittener Affection nicht verändert. Bei multipler Sklerose findet sich oft eine subjective Dyspnoe, die durch den objectiven Befund nicht erklärt werden kann.

EMIL MAYER.

95) **Graeffner** (Berlin). **Larynx und multiple Sklerose.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Heft 2. 1908.*

Die Arbeit stützt sich auf 39 Larynxuntersuchungen bei multipler Sklerose. Bei 7 konnte die Spiegeluntersuchung nur 1mal vorgenommen werden; bei den übrigen 32 notirte G. 11mal (34,3 pCt.) normalen Kehlkopfbefund, 4mal (12,5 pCt.) stabile Anomalien und 17mal (53,1 pCt.) labile Veränderungen an den Stimmbändern. Diese labilen Erscheinungen — das wechselnde Bild — stehen somit bei der multiplen Sklerose in charakteristischer Weise im Vordergrund und äussern sich hauptsächlich als Tremor und als Ataxie; weniger häufig wurden vorübergehende Muskelparesen beobachtet.

OPPIKOFER.

f. Schilddrüse.

96) **Herman Tuholski. Beobachtungen über Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. (Observations on the thyroid and the parathyroids.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Juli 1908.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Physiologie und Pathologie der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen und beschreibt eine neue Operationsmethode für den Morbus Basedowii. Er folgt einer Anregung von Guthrie, Professor an der Washington University, St. Louis, der gefunden hat, dass, wenn man bei Hunden die Thyreoidvenen unterbindet, dies während einiger Tage eine ödematöse Schwellung der Drüse zur Folge hat, worauf dann mehrere Tage später eine geringe Grössenabnahme und eine vermehrte Härte des Organs zu constatiren ist. Verf. hat in einem sehr schweren und hartnäckigen Fall daraufhin die Ligatur der Thyreoidvenen ausgeführt, er verspricht einen Bericht, der Beobachtungen über den Verlauf und das schliessliche Endresultat enthalten soll. Diese Operationsmethode soll nach Ansicht des Verfs. dem Princip der Bier'schen Stauung entsprechen. Verf. hat in seinem Fall sowohl die Venae thyreoideae superiores wie die inferiores unterbunden.

LEFFERTS.

97) **H. W. Marx** (Renkum). **Pathogenesis und Behandlung des Morbus Basedow. (Pathogenese en therapie van morbus Basedowii.)** *Medisch weekblad. XIV. No. 34.*

Uebersichtsartikel. Empfehlung der kalten Rückendouche. H. BURGER.

98) **Alfred Stengel. Einige Betrachtungen über Morbus Basedow vom medicinischen Standpunkt. (Some considerations of exophthalmic goitre from the medical standpoint.)** *N. Y. Medical Record. 18. Juli 1908.*

Verf. meint, die Betrachtungen über die pathologische Anatomie des Morbus Basedow beruhen bisher meist auf Fällen mehr oder weniger abnormer Natur, bei denen bereits langdauernde Veränderungen in der Drüse sich ausgebildet haben. Unsere Kenntnisse über die Krankheit würden erst consolidirter werden, wenn jeder Fall operirt würde. LEFFERTS.

99) **Grober** (Jena). **Zum erblichen Auftreten der Basedow'schen Krankheit.** *Med. Klinik. 33. 1908.*

Bei der Betrachtung von Stammtafeln Basedow'scher Familien gewinnt man den Eindruck, als ob es sich gar nicht um die erbliche Uebertragung einer bestimmten Erkrankung von einer Generation auf die andere bei den sogenannten vererbten Krankheiten handle, sondern um die Uebertragung einer mehr allgemeinen Constitutionsschwäche, die je nach Lage der einzelnen belasteten Person bald als Morbus Basedow, bald als Diabetes, bald als functionelle Neurose in die klinische Erscheinung tritt. SEIFERT.

100) **W. Hersing. Ueber Strumectomie bei Morbus Basedow.** *Dissert. Bonn 1906.*

Drei Fälle von Basedow'scher Krankheit, bei denen die Strumectomie vorgenommen wurde. Die Dissertation stützt sich im Wesentlichen auf die Arbeiten von Kocher. OPPIKOFER.

101) **Jeanne C. Solis. Behandlung des Morbus Basedow. (Treatment of ophthalmic goiter.)** *Journal American Medical Association. 22. August 1908.*

Verf. lässt zunächst die verschiedenen Theorien über die Pathogenese des Morbus Basedow Revue passiren; er selbst ist am meisten geneigt, die Theorie anzunehmen, nach der die Symptome auf einer Hypersecretion der Thyreoidea beruhen. Bei allen erfolgreichen therapeutischen Methoden ist das Entscheidende, dass die in allen Fällen vermehrte Blutfülle beschränkt wird. Verf. empfiehlt die Anwendung der Elektricität: durch den directen Strom werden die Gefässwände zur Contraction gebracht und so die Blutmenge, welche die Schilddrüse durchströme, verringert. Verf. wendet die Elektricität in folgender Weise an: die Kathode wird auf den Nacken, die Anode auf die Drüse aufgesetzt. Der Strom wird allmählich von 15 auf 25 Milliampères verstärkt. Die Anode wird 3—4 Minuten lang an eine Stelle gehalten und dann gewechselt. Die Behandlung erfolgt zuerst täglich und dauert 15 Minuten lang, später jeden zweiten Tag oder dreimal wöchentlich, so lange als Pulsbeschleunigung, Drüsenvergrösserung oder Exophthalmus bestehen. Verf. führt drei Fälle an. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

102) **W. Telemann. Ueber die Configuration des Oesophagus.** *Dissertation. Königsberg 1906.*

T. maass vorerst bei Erwachsenen die Breite der Speiseröhre auf verschiedener Höhe am durchschnittenen Organ von 46 frischen Leichen. Bald an dieser, bald an jener Stelle besteht eine geringere Verengerung oder Verbreiterung. Diese unbedeutenden Kaliberschwankungen vollziehen sich niemals plötzlich; wirkliche anatomische Verengerungen existiren im Verlauf der Speiseröhre nicht.

Bei Messung von 24 infantilen und fötalen Speiseröhren constatirte T. eine deutliche Verengerung am Hiatus oesophageus. Diese Verengerung verschwindet nach der Geburt. Bei 3 der 24 Fälle bestand ein Vormagen, eine deutliche Erweiterung dicht über der Cardia.

OPPIKOFER.

103) **Lotheissen** (Wien). **Ein Vorschlag zur Operation tiefsitzender Oesophagusdivertikel.** *Zeitschr. f. Chirurgie. 27. 1908.*

Von rein chirurgischem Interesse.

SEIFERT.

104) **Rosenfeld. Ueber die spindelförmige Erweiterung der Speiseröhre.** *Dissert. München 1906.*

Beschreibung des Krankheitsbildes und Mittheilung einer eigenen Beobachtung.

OPPIKOFER.

105) **H. J. M. Schoo** (Amsterdam). **Fistula tracheo-oesophagealis c. occlus. oesophagi congenita.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 2028. 1908.*

Der Neugeborene athmete schlecht; alle eingenommene Nahrung wurde erbrochen. Er fing zu husten an, wurde atrophisch und starb am 3. Tage. Bei der Obduction zeigte das sonst normale Kind eine Speiseröhre, deren oberer, stark dilatirter Theil hinter der Bifurcation blind endete. Der untere Theil mündete mit einer spaltförmigen Oeffnung in die Luftröhre, etwas oberhalb der Bifurcation. Offenbar war beim Erbrechen Magensaft in die Lunge gerathen, weil dieselbe confluirte broncho-pneumonische Herde und Autodigestion zeigte. Ein in anderen Fällen oft beobachteter, die beiden Oesophagusabschnitte vereinigender Bindegewebsstrang bestand bei diesem Kinde nicht.

H. BURGER.

106) **Tesse S. Meyer. Das Oesophagoskop als diagnostisches und therapeutisches Mittel bei Oesophagusverlegung. Bericht über Fälle. (The esophagoscope as a diagnostic and therapeutic aid in esophageal obstruction. Report of cases.)** *N. Y. Medical Record. 1. August 1908.*

Nach einem kurzen historischen Ueberblick berichtet Verf. detaillirt über 7 Fälle. In allen wurde das Killian'sche Instrument gebraucht und die zuerst von Stoerk angegebene Position der Patienten in Anwendung gebracht.

LEFFERTS.

107) **Joseph Mersbach. Erfahrungen auf dem Gebiete der Oesophagoskopie. (Experiences in the field of oesophagoscopy.)** *N. Y. Medical Journal. 13. Juli 1908.*

Verf. theilt mehrere Fälle mit: ein Carcinom, eine idiopathische Dilatation, einen syphilitischen Tumor und einen Fremdkörper. Verf. ist nach seinen Erfahrungen nicht geneigt, dem Oesophagoskop eine allzugrosse Bedeutung als diagnostisches Hülfsmittel zuzuschreiben. Die Diagnose eines malignen Tumors sowohl wie die Diagnose zwischen einem Divertikel und einer Dilatation könne auch auf andere Weise gestellt werden. Dagegen lässt Verf. dem Oesophagoskop bei Fremdkörpern gerechte Würdigung zu Theil werden. LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

52. Sitzung vom 22. Januar 1908.

Vorsitzender: H. Mygind.
Schriftführer: L. Mahler.

I. E. Schmiegelow: Klinische Beiträge zur Pathologie der Nebenhöhlen der Nase sowie zu der Bedeutung der Nebenhöhlenleiden für die Aetiologie der secundären Augenleiden.

1. Myxosarkom der rechten Keilbeinhöhle.

59jährige Frau, seit einem halben Jahre auf dem rechten Auge blind, später Ptosis und Kopfschmerzen. Während der letzten paar Monate auch eiteriger Ausfluss aus der Nase. Paralyse der rechten Palpebra sup., Bulbus hervorgetrieben, fast unbeweglich, totale Amaurose und Opticusatrophie rechts. Im Röntgenbild Keilbeinhöhle vergrössert, obere Grenze verschwommen. Nach Resection der mittleren Muschel wird die Keilbeinhöhle ausgeräumt, sie enthält blassrothe, bröckelige Geschwulstmassen. Mikroskopie: Myxosarkom. Nach der Operation erhebliche Besserung des Befindens, die Augenbewegungen kehrten in fast voller Ausdehnung zurück, die Sehnervenatrophie hingegen unverändert.

2. Acute Ethmoiditis mit Exophthalmus.

7jähriger Knabe, seit 7 Tagen Schmerzen im linken Auge, dann allmählich zunehmender Exophthalmus. Ophthalmoskopie und Rhinoskopie nichts Krankhaftes. Die Siebbeinzellen werden geöffnet, enthalten schleimigen Eiter. 15 Tage nach der Operation wurde Patient als völlig geheilt enthalten.

3. Primäres Carcinom der Keilbeinhöhle.

47jähriger Mann, seit 7 Monaten Schleimsecretion, namentlich aus der linken Nasenhälfte, später Kopfweh. Vor 3 Wochen fing das Sehvermögen an geringer zu werden. Die linke Nasenhälfte durch eine von der Lateralwand ausgehende Geschwulst fast völlig verlegt. Exophthalmus und Ptosis, Augenbewegung in der

Richtung nach innen und oben, theilweise auch nach aussen und unten fehlt; bei Abwärtsdrehen Neigung des senkrechten Meridians nach innen. Sehschärfe rechts normal, links $^6/_9$. Augengrund und Gesichtsfeld normal. Es wird partielle Resection des linken Oberkiefers vorgenommen um die linke Keilbeinhöhle auszuräumen, in der sich speckige Geschwulstmassen vorfinden. Mikroskopie: Alveoläres Carcinom. Die Wunde heilte glatt, die Schmerzen aber kehrten wieder zurück und die Augensymptome bestanden unverändert.

Discussion: Hald, Mygind, Schmiegelow.

II. H. Mygind: Versuche über primäre Heilung bei einfacher Aufmeisselung.

III. P. Tetens Hald: Oesophagoskopie bei einem „Säbelfresser".

Patient gehört einer „Säbelfresser"-Familie an und hat sich seit frühester Kindheit ausgebildet. Er hat früher mit scharfgeschliffenen Degen gearbeitet ohne unangenehme Erscheinungen zu spüren, in der letzten Zeit aber Schmerzen, sodass er fürchtet sich eine Läsion zugezogen zu haben. Man liess ihn zuerst seine „Kunst" vorführen, die er jetzt mit zwei stumpfen Klingen ausübt, die gleichzeitig hinabgeführt werden. Es wurde sowohl eine gewöhnliche Photographie wie eine Röntgenphotographie aufgenommen. Nach letzterer zu urtheilen schien es, als ob die in einer Länge von 45 cm eingeführte Klinge nur eben die Cardia erreicht, demnach ganz aussergewöhnliche Grössenverhältnisse der Speiseröhre beständen, Es wurde dies auch bei der Untersuchung bestätigt: bei der Hypopharyngoskopie klaffte die Pars cricoidea pharyngis aussergewöhnlich weit, an der Hinterfläche des Ringknorpels eine Excoriation, die seine Beschwerden erklären mochte; bei der Oesophagoskopie, die er gar nicht besser als andere Patienten vertrug, konnte man mit dem längsten Tubus (45 cm) die Cardia nicht erreichen. Chronische Oesophagitis vorhanden.

53. Sitzung vom 26. Februar 1908.

Vorsitzender: H. Mygind.
Schriftführer: L. Mahler.

I. Jörgen Möller: Ueber die Epiglottisamputation bei Kehlkopftuberculose.

M. hat während der letzten paar Jahre 10 Mal die Epiglottisamputation bei Kehlkopftuberculose vorgenommen. Die Resultate waren folgende: 4 Fälle wurden völlig geheilt; 2 dieser Fälle wurden demonstrirt. In 4 Fällen hörten die Schluckschmerzen auf, einer dieser Patienten ist später an Hirntuberculose gestorben. Ein Patient ist an seiner Lungentuberculose in Verbindung mit einer sehr ausgedehnten Schleimhauttuberculose gestorben. 1 Patient ist noch in Behandlung. Die Amputation wurde in allen Fällen mittelst der Alexander'schen Guillotine vorgenommen und betraf die Pars libera epiglottidis. In einem der operirten Fälle handelte es sich um eine sehr ausgedehnte und ernste Kehlkopftuberculose, trotzdem gelang es aber, völlige Heilung herbeizuführen.

(Der Vortrag wird in extenso in der Zeitschrift f. Laryngologie veröffentlicht).

Discussion: Schmiegelow, Klein, Mygind.

II. E. Schmiegelow: Demonstration von einem Präparat der Trachea mit der Bifurcation, die von einem riesigen reticulären Rundzellensarkom umgeben und theilweise durchwachsen war.

III. P. Tetens Hald: Demonstration des von Brünnings construirten Instrumentarium für Bronchoskopie und Oesophagoskopie.

IV. H. Mygind: Krankenvorstellung.

1. Ein Fall von doppelseitiger Recurrenslähmung ungewissen Ursprungs.
2. Ein Fall von Fistelbildung, die, von einem tiefen syphilitischen Geschwür des Nasenrachens ausgehend, theils nach aussen an die Haut, theils nach hinten über den oberen Rand des Atlas hineinführte (Röntgenbild wurde vorgezeigt).

Im Uebrigen otologische Mittheilungen. Jörgen Möller.

---

b) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

XVI. Versammlung, Utrecht, 16. und 17. November 1907.
Vorsitzender: Zwaardemaker.

In den Vorstand wurden gewählt die Herren: Moll, Vorsitzender, v. Anrooy, Schatzmeister und wiedergewählt als Schriftführer-Bibliothekar Burger, Vondelstraat 1, Amsterdam.

I. Discussion über die endonasale Behandlung der Ménière'schen Krankheit.

Die Discussion bezieht sich auf ein Referat von ten Siethoff (Scheveningen), der, gestützt auf eine grosse Reihe von Gesundungen, den Standpunkt einnimmt, dass in der Mehrzahl der Fälle von Ménière'schem Symptomencomplex durch endonasale Behandlung, namentlich Galvanokauterisation der Nasenmuscheln, Heilung erzeugt werden kann. Er betrachtet für alle diese Fälle den Ménière'schen Anfall als den Effect eines von der erkrankten Nasenschleimhaut ausgelösten Reflexvorganges.

Moll kann sich dieser Anschauungsweise nicht anschliessen. Er kann sich den günstigen Effect in einigen Fällen nur dadurch erklären, dass durch die Nasenbehandlung die Tubenfunction günstig beeinflusst wurde.

ten Cate theilt drei Fälle mit, in welchen, im Sinne ten Siethoff's, der Effect der Nasenbehandlung auf die Ménière'schen Symptome ein auffallender war. In dem einen Fall bestand eine typische Labyrinthkrankheit mit normalen Trommelfellen. Nach Abtragung stark hypertrophischer Muschelenden sistirten die Anfälle vollständig. Der zweite Fall betraf eine Septumdeviation. Im dritten Falle, wo die Anfälle sehr heftig waren, bestand neben einem Mittelohrkatarrh eine hochgradige Herabsetzung der Hörschärfe für Knochenleitung. Hier wurde eine knöcherne Spina septi nar. abgetragen. Auch in diesen beiden Fällen hörten die Anfälle vollständig auf.

v. Dusseldorp theilt einen analogen Fall mit, in welchem nach galvanokaustischer Behandlung einer Schleimhautschwellung am Tuberculum septi nicht

nur die Schwindelanfälle, sondern auch das Ohrensausen und die Taubheit, und zwar fast unmittelbar verschwanden.

Burger theilt im Allgemeinen den ten Siethoff'schen Standpunkt nicht. Indessen hat auch er Fälle beobachtet, in welchen der Ménière'sche Symptomencomplex durch Nasenbehandlung auffallend günstig beeinflusst wurde. Er beschreibt den Fall einer Frau mit typischem Ménière'schen Schwindel und Labyrinthtaubheit, bei der ein latentes Empyem der Kieferhöhle diagnosticirt und radical operirt wurde. Fast unmittelbar nachher war der Status Ménièricus verschwunden; Anfälle sind keine mehr aufgetreten, ebensowenig Ohrensausen; die Untersuchung mit dem v. Stein'schen Goniometer ergab eine erhebliche Besserung der statischen Störung. Nur die Taubheit ist unverändert geblieben.

Zwaardemaker erklärt den ten Siethoff'schen Standpunkt für unhaltbar. Dessen hypothetischer Reflexbogen ist nicht bekannt.

Hartog bestätigte die ten Siethoff'schen Resultate, die er zum Theil auch persönlich gesehen hat. Er erwähnt noch den Fall einer Keilbeinhöhleneiterung, in dem jedesmal, wenn sich hinten in der Nase ein Secretpfropfen gebildet hatte, ein Anfall auftrat.

II. H. Zwaardemaker (Utrecht): Geruchsverwandtschaft.

Neun in Paraffin gelöste Hauptgerüche werden auf 36 Arten, zwei zu zwei zusammengefügt und im Mischolfactometer geprüft. In gewissen Proportionen ergeben diese Gemische entweder Wettkampf oder unbestimmten Geruch oder bisweilen Geruchlosigkeit. Aus diesen Experimenten liess sich eine tiefere Verwandtschaft zwischen einigen Gerüchen ableiten. Z. B. zeigen sich Amylacetat, Nitrobenzol, Terpentinöl, Guajacol einerseits und Valeriansäure, Skatol andererseits mehr oder weniger verwandt. Für die Parfümerie, Parfümerieindustrie dürfte das Studium dieser Frage künftig ein grosses Interesse erlangen.

III. Sprechunterricht für Stotterer.

Im vergangenen Jahre hat die Gesellschaft eine Commission ernannt (die Herren Moll, Mulder, Roorda, Schutter) zur Besprechung der Frage, in welcher Weise in den Niederlanden die sprachliche Erziehung stotternder Schulkinder am besten einzurichten wäre. Die Commission ist einstimmig zu dem Schluss gekommen, dass eine Staatsschule mit Internat den städtischen, von nicht-specialistischen Lehrern abgehaltenen Stottercursen vorzuziehen sei. Die Vortheile sind: 1. die Schüler werden den schädlichen Einflüssen der Umgebung entzogen; 2. die Uebungszeit ist eine längere, die Aufsicht eine bessere; 3. ständiges Zusammenwirken von Sprechlehrern und sachverständigem Arzt; 4. es kommen auch die Stotterer vom Lande in Behandlung. Als Vorbild einer derartigen Schule empfiehlt die Commission das „Statensinstitut for Talelidende“ in Kopenhagen.

Discussion.

Burger warnt vor einer zu theoretischen Besprechung der Frage. In Deutschland sind auch mit den gemeindelichen Stottercursen keine zu schlechten Resultate erhalten. Die financielle Seite der Frage ist von grosser Bedeutung.

Kan berichtet über günstige Resultate, welche in Leiden von einer freiwilligen Gemeindelehrerin erhalten wurden. Die Staatscommission wünscht in den Lehranstalten für Volksschullehrer practische Sprachheilkunde unterrichten zu lassen und für das Land Wandercurse einzurichten.

Nach längerer Discussion wird der Beschluss gefasst, dass die Gesellschaft sich nicht an die Regierung richten wird, dass aber seitens der Gesellschaft in einer Broschüre die Bedeutung einer allgemeinen sprachlichen Erziehung der stotternden Schulkinder hervorgehoben werden wird.

IV. H. Burger (Amsterdam). Demonstration von Patienten.

a) Zwei Fälle von Larynxlupus, durch Galvanocaustik geheilt.

B. empfiehlt die Galvanocaustik als das beste Mittel gegen Schleimhautlupus. Entgegen der Negirung und dem Nihilismus mancher Autoren behauptet er, auf Grundlage einer reichen persönlichen Erfahrung, dass die grosse Mehrzahl der Fälle von Larynxlupus gänzlich geheilt werden könne.

b) Ein Fall von Orbitalabscess in Folge Entzündung in Kiefer- und Siebbeinhöhlen.

Bei der 10jährigen Patientin entstand eine linksseitige Naseneiterung und Orbitalabscess. Incision an der Innenseite des Bulbus mit negativem Erfolg. Eröffnung der Kieferhöhle und von derselben aus des Siebbeins und Entleerung einer reichlichen Eitermenge. Bald darauf spontaner Durchbruch von Eiter aus der Tiefe der Orbita in die Incisionswunde. Später endonasale Fortnahme der mittleren Muschel und des im mittleren Nasengang gelegenen Theiles der lateralen Nasenwand. Heilung mit normalem Auge.

V. W. Schilperoort (Rotterdam). Localanästhesie bei Nasenoperationen.

S. empfiehlt die Localanästhesie durch mittelbare Infiltration von einem Depot aus. Er verwendet ein 0,5—1 proc. Cocainlösung, der pro ccm 2 Tropfen Adrenalin ($^{1}/_{1000}$) hinzugefügt sind.

S. hat diese Methode in Anwendung gebracht bei einer grossen Anzahl Septumoperationen, Operationen an den Nasenmuscheln, Zahnextractionen und Anbohrungen des Oberkiefers, Antrumoperationen nach Luc.

Discussion.

Struycken meint, man soll nicht generalisiren. Er war mehrere Male gezwungen, während der Operation zur allgemeinen Narkose zu greifen.

Wilkens hat in Semarang 14 Kieferoperationen nach Luc bei Localanästhesie gemacht, sogar in ambulanter Behandlung und war damit sehr zufrieden.

Burger empfiehlt die Methode ebenfalls. In einem Falle hat er, ebenso wie Struycken, eine ein paar Monate währende Nervosität als Folge der Operation beobachtet.

Moll bemerkt, dass man sich auch bei allgemeiner Narkose, behufs blutleeren Operirens, der submucösen Adrenalininjectionen bedienen kann.

VI. H. Braat (Arnheim): Sogenanntes „Phlegmon ligneux“ mit Halscomplicationen.

Es handelt sich um die von Reclus zuerst beschriebene (Revue de Chir. 1896) chronische Bindegewebsentzündung, welche durch sehr wenig virulente Bakterien verursacht sein soll. Dieselben erregen weder eine allgemeine noch eine locale kräftige Reaction, keine acute Eiterung, sondern nur eine Anhäufung von Leukocyten im subcutanen Gewebe. In der Regel langsame Resorption und vollständige spontane Heilung. Bei der ersten Patientin B.'s, einem 10jährigen Mädchen, bestand eine harte, schmerzlose Schwellung der ganzen linken Kehlkopfhälfte. Beim zweiten Patienten, einem Manne, 60 Jahre alt, war, nach einer Angina eine breite, brettharte, unbewegliche, umschriebene Schwellung am Zapfen, an der Zungenwurzel und an der rechten, seitlichen Rachenwand entstanden. Beim dritten Patienten hatte sich, gleichfalls nach einer Angina, eine ausgedehnte Schwellung der rechten Zungenhälfte und Rachenwand, sowie der Epiglottis entwickelt. Ausserdem waren bei den drei Kranken Schwellungen an verschiedenen Stellen am Halse anwesend.

VII. P. Th. L. Kan (Leiden): Die Behandlung einiger Affectionen der Thränenwege mit Drainage mittels eines Seidenfadens.

Die von Koster (Leiden) angegebene Methode ist von demselben, zusammen mit Kan, in einer ganzen Reihe von Fällen von Epiphora, Dacryocystitis u. dgl., mit durchwegs günstigen Resultaten ausgeführt worden. Es wird dabei vom Thränenpunkt aus ein Seidenfaden durch den Thränennasencanal hindurchgeführt und als Dauerdrainage längere Zeit dort belassen, während die beiden Fadenenden vor dem Gesicht zusammengeknotet werden.

K. bespricht die Schwierigkeiten beim Einführen der Fäden; die Unterschiede in Form und Grösse der untern Muschel u. s. f., durch welche das Auffinden und Fassen des Fadenendes erschwert wird. Eventuell fracturirt und luxirt er die untere Muschel mittelst des Killian'schen Speculums für Rhinoscopia media. Bisweilen muss der Faden, dem Gefühle nach, mit einem stumpfen Häkchen, gesucht werden. Am bequemsten ist die Einführung einer feinen Kupferdrahtschlinge durch die Hohlsonde hindurch, an welche dann der Seidenfaden befestigt wird.

Discussion.

Walter Zeper hat nach dieser Methode 5 Patienten behandelt und ist vorläufig zufrieden.

Mulder sah zweimal den Draht nicht unterhalb, sondern oberhalb der untern Muschel zum Vorschein kommen.

Kan bemerkt, dass ausnahmsweise der Thränennasencanal dort ausmündet. Es kann aber auch ein falscher Weg dahin führen.

b) Demonstration eines Kehlkopfes mit beiderseitiger Divertikelbildung.

Ausführlich publicirt in Blumenfeld's Zeitschr. f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgebiete, H. 1.

VIII. J. van der Hoeven Leonhard (Utrecht): Ein abweichendes Geruchssystem.

Zufälligerweise wurde, während olfactometrischer Experimente, entdeckt, dass Vortr. ein von der Norm ganz abweichendes Geruchssystem hat. Bei systematischer Prüfung seines Geruchssinnes an einer Reihe von Gerüchen aus den neun Gruppen von Riechstoffen, ergab sich, dass er Eugenol nicht wahrnehmen konnte bei einer Concentration, wo andere Personen (normale Osmaten) dazu wohl fähig waren. Umgekehrt konnte er Scatol noch in einer Verdünnung riechen, bei welcher für normale Personen der Reiz schon weit unterhalb der Reizschwelle war. Die auch an andern Riechstoffen gewonnenen Resultate wurden graphisch vorgeführt und mit denen normaler Osmaten verglichen.

Discussion.

Zwaardemaker bemerkt, dass die Erscheinung deswegen noch interessanter ist, weil dieselbe Person nicht nur ein abnormaler Osmat, sondern auch ein abnormaler Trichromat ist.

IX. H. Burger (Amsterdam): Die Röntgenstrahlen im Dienste der Oto-Rhino-Laryngologie.

Ueberblick über das Thema, nebst Vorführung einer ganzen Reihe von Röntgenogrammen.

X. H. Zwaardemaker (Utrecht): Eine chronophotographische Methode zur Untersuchung der Resonanten.

Wenn man beim Aussprechen von m, n oder ng das obere Ende des Aerodrometers in einer der Nasenöffnungen hält, giebt der Apparat einen Ausschlag, den man chronophotographisch registriren kann. Die Grösse des Ausschlages, in Folge des grösseren Luftquantums, welches durch die Nase entfliesst, ist beim Flüstern grösser als beim lauten Sprechen. Das Quantum der entweichenden Luft kann man in dieser Weise messen; es beträgt beim Worte Amman 7 resp. 12 ccm, durch die rechte Nasenseite. Die Methode wird besonders für das Studium derenigen Fälle nasalen Sprechens, in welcher keine deutliche Störung der Gaumenabschliessung zu finden ist, gute Dienste leisten können.

XVIII. Versammlung, Rotterdam, 23. und 24. Mai 1908.

Vorsitzender: van Anrooy.

In den Vorstand werden wiedergewählt die Herren: Moll, Vorsitzender, van Anrooy, stellvertretender Vorsitzender und Schatzmeister, Burger, Secretär und Bibliothekar (Vondelstraat 1, Amsterdam).

I. H. Burger (Amsterdam): Der älteste Kehlkopfspiegel in Niederland.

Anlässlich der Türck-Czermakfeier erhielt B. vom Emeritus-Professor Tilanus-Amsterdam einen Kehlkopfspiegel geschenkt, den er der Versammlung demonstrirt. Derselbe besteht aus einem geradwinkligen auf einem Brillenarm montirten Spiegel in Metallfassung, den Tilanus sich von einem Amsterdamer

Brillenschleifer hat anfertigen lassen. Mittheilung darüber findet sich in Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1858, S. 275, also fast um dieselbe Zeit wie die erste Publication Czermak's (April 1858). Tilanus erinnert sich nicht mehr, ob er derzeit durch die Czermak'sche oder durch die Garcia'sche Publication zu seinen Untersuchungen angeregt worden war.

II. G. Brat (Rotterdam): Demonstration von Patienten.

a) Ein Fall von Entzündung der Stirn- und Kieferhöhlen, nach Riedel und Luc-Cadwell operirt.

b) Ein Fall von Kieferhöhlencarcinom.

c) Mehrere Fälle von Lupus der Nasen-, Mund- und Halsschleimhäute.

IV. J. H. Polak (Haag). Demonstration eines Falles von Nasenrachenpolyp, der durch elektrocaustische und elektrolytische Behandlung geheilt wurde.

Die Behandlung bestand hauptsächlich in elektrolytischen Sitzungen, sowohl von vorn durch die Nase als hinten im Nasenrachenraum. Stromstärke hinten von 25—150 M.-A., während 15—25 Minuten, in der Nase selten höher als 50 bis 60 M.-A. Die Behandlung dauerte vom September bis Februar. Die Geschwulst ist gänzlich verschwunden; Nase und Nasenrachen sind enorm erweitert.

V. W. Schutter (Groningen). Ein Fall von einseitiger cerebraler Kehlkopflähmung.

Weitere Mittheilung über einen bereits 1899 in dieser Gesellschaft demonstrirten und später im Archiv f. Lar. publicirten Fall von linksseitiger Hemiplegie des Kehlkopfes und linksseitiger Hemihypästhesie des Kehlkopfes, des Gaumens, des Unterbeines und des Unterschenkels. Keine Entartungsreaction am gelähmten Stimmbande. Unwillkürliche Bewegungen sind an demselben nachweisbar. Der Zustand ist immer unverändert geblieben.

S. erinnert an die Katzenstein'schen Untersuchungen (Archiv f. Laryng., Bd. XX.), nach welchen bei unipolärer Reizung des Krause'schen Kehlkopfcentrums Adduction des contralateralen Stimmbandes unter Umständen auszulösen ist.

In der Discussion stimmt Burger zu, dass die Katzenstein'schen Versuchsergebnisse in der That eine einseitige corticale Stimmbandlähmung etwas weniger unwahrscheinlich machen, wenn auch dafür eine symmetrische, ganz umschriebene Läsion in beiden Centren angenommen werden muss. Im Schutter'schen Fall plädirt die erhaltene automatische Beweglichkeit für die Auffassung einer corticalen (hysterischen) Lähmung.

VI. C. H. Stratz (Haag). Die Nase in ästhetischer und anthropologischer Beziehung.

Uebersichtsartikel. Die Nase des erwachsenen Menschen hat in ihrer vollendetsten Form den leptorhinen Typus, und zwar der Art, dass dieselbe heraufsteigt vom concaven zum graden und weiter zum convexen Typus. Bei den höchststehenden weissen Rassen ist das Verhältniss zwischen Nasenlänge und Breite,

nach Topinard wie 5 : 3. Als Durchschnittszahlen für normale Nasen stellte S. bei 20 Männern und 20 Frauen folgende Maasse fest: Länge 5,8 und 5 cm, Nasenrücken 6 und 5,5 cm, Breite 3,2 und 3 cm, Höhe 2,5 und 2,4 cm. Hieraus geht hervor: Länge : Höhe = (5 : 2,5 =) 2 : 1; Länge : Breite = 5 : 3.

Langer und Hovorka meinen, dass in der Griechischen Kunst der Natur Gewalt angethan wurde, indem sie Verhältnisse, welche in Wirklichkeit nicht existiren (Hyperfrons), abbildete. S. pflichtet dem bei, giebt indessen nicht zu, dass damit die Künstler Fehler begangen hätten. Es war nicht ihr Zweck der Natur nachzuahmen, sondern einen Eindruck zu erwecken, welcher denjenigen der Natur so als nahe möglich erreichte. Bei der Beurtheilung des Zeusbildes von Otricoli (Phidias) soll man der erheblichen Höhe, auf der das Bild aufgestellt werden sollte, Rechnung tragen.

VII. P. Th. L. Kan (Leiden). A. Ein Fall von pneumatischer Erweiterung der linken Stirnhöhle.

Exophthalmus bei einem 50jährigen Mann in Folge einer knochenharten Vorwölbung am inneren oberen Winkel der Augenhöhle. Diagnose: Periostitis ossificans des Orbitaldaches oder Osteom der Stirnhöhle. Bei der Operation zeigte sich, dass der Boden der Stirnhöhle nicht verdickt, sondern bloss nach unten verlagert war; die Wandungen der Höhle waren normal. Bei jeder Ausathmung wurde die Luft mit Kraft in die Höhe hineingepresst, und zischte durch das in der Höhle versammelte Blut hindurch. Der Ductus nasofrontalis war auffallend nach hinten gerichtet. Durch Abtragung der vorderen und unteren Wand wurde die Höhle eliminirt; schnelle Heilung. K. betrachtet die Ausathmung als die Vis a tergo vielleicht unter Mitwirkung eines Schleimhautventils.

B. Ein Fall von subchronischer Osteomyelitis des Oberkiefers mit Sequestration der hinteren Kieferhöhlenwand.

Bei der 20jähr. Patientin entwickelte sich im Anschluss an Zahnschmerzen und ungeachtet einer Zahnextraction eine Schwellung der linken Gesichtshälfte. Bei Operation zeigte sich die äussere Kieferhöhlenwand grösstentheils verschwunden, sämmtliche übrige Knochenwandungen, mit Ausnahme der nasalen Wand waren schwammartig weich; die hintere Wand war beweglich, aber nicht gänzlich losgelöst. Verf. verzichtete auf eine gewaltsame Entfernung und zog es vor, die Sequestrirung abzuwarten.

In der Discussion wurde die Vermuthung ausgesprochen, dass Lues im Spiele sei.

X. J. C. Henkes (Middelburg). Ueber Form und Entwickelung des Nasenrachenraumes.

H. hat im Amsterdamer anatomischen Cabinet an 130 Schädeln, deren Alter bekannt war, genaue Messungen angestellt. Es handelte sich um die Schädel von 50 Erwachsenen, 65 Kindern, 9 Neugeborenen und 6 Gorillas. Aus den von ihm gewonnenen 1500 Zahlen geht hervor, dass das stärkste Wachsthum bis zum 7. Jahre stattfindet. In diesem Alter ist bereits 90 pCt. der endgültigen Grösse erreicht. Der Fornix wächst in der Längsrichtung nicht (ist bei Erwachsenen, wie

bei Neugeborenen 1,6 cm). Dagegen nehmen die Breite des Clivus und namentlich die Höhe der Choanen erheblich zu und ändern wesentlich die Form der Höhle. Die Höhe der Choane beträgt bei Neugeborenen nur 7 mm, bei Erwachsenen nahezu 2,5 cm; die Breite resp. 1,3 und 2,8. Die untere Keilbeinfläche und der Pars basilaris des Hinterhauptbeins bilden mit dem harten Gaumen einen Winkel von 40—45° beim Erwachsenen, von 25° beim Neugeborenen, von 15° beim Gorilla. Das Hinterhauptloch bildet mit der Horizontalen einen Winkel von 170° beim Erwachsenen, von 180° beim Neugeborenen, von 200° beim Gorilla. Hieraus geht hervor, dass dieses Loch beim Erwachsenen nach unten und ein wenig nach vorne, beim Neugeborenen nach hinten blickt. Hiermit steht die verschiedene Form des Nasenrachens in enger Beziehung. Je mehr das Hinterhauptloch nach hinten verlagert ist, um so mehr weicht die Richtung der hinteren Nasenrachenwand von der Verticalen ab, um so weniger ähnelt der Nasenrachenraum einer eigentlichen Höhle. Beim Hunde und bei der Katze ist das Loch gänzlich nach hinten verlagert, die Halswirbelsäule läuft nahezu horinzontal, dem harten Gaumen parallel, und es giebt keinen Nasenrachenraum.

Zwei Factoren bedingen beim Menschen die Bildung des Nasenrachenraumes: das starke Höhenwachsthum der Choanen und die Verlagerung des Hinterhauptlochs nach unten.

H. Burger.

---

c) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. September 1908.

Warnekros stellt eine Patientin mit einer doppelseitigen Luxation des Unterkiefers vor, die ein Oeffnen des Mundes noch nicht bis zu 1 cm gestattet; sie ist wahrscheinlich intra partum durch den Forceps entstanden. Nach Durchmeisselung des Unterkiefers wurde er durch einen Retentionsapparat in seine richtige Stellung zum Oberkiefer gebracht, der ihn durch eine schiefe Ebene in dieser Stellung auch beim Oeffnen und Schliessen des Mundes festhielt. Der Apparat hatte ausserdem eine Vorrichtung zur Fixirung der beiden Fragmente.

Warnekros: Ueber Obturatoren.

W. verwendet bei Säuglingen mit Spaltbildungen des Mundes und Rachens sehr einfache Gummiobturatoren, die eine ungestörte Nahrungsaufnahme gestatten.

Bei operirten und nicht operirten Patienten im späteren Lebensalter erfordert die Anfertigung der Obturatoren eine genaue Berücksichtigung des M. constrictor pharyngis sup.; man soll seine Hervorwölbung an der hinteren Rachenwand und seine Wirkung auf die seitliche Muskulatur ausnutzen; er nähert nämlich in diesen pathologischen Fällen infolge seines bogigen, die übrige Pharynxmuskulatur umgreifenden Verlaufes gleichzeitig die freien Spaltränder.

W. stellt zwei Patientinnen mit operirter und nicht operirter Spaltbildung vor, an denen die vortreffliche Wirkung auf die Sprache demonstrirt wird.

Sitzung vom 16. October 1908.

Schötz: Demonstration seltener Nasengeschwülste bei Kindern.

1. 5jähriger Knabe mit rechtsseitiger Auftreibung des Nasenrückens und

Verschiebung des Bulbus in Folge eines Osteosarkoms des Siebbeins. Bei der Radicaloperation fand man einen hühnereigrossen Tumor, der in einer harten, dicken Knochenschale ein weiches blutreiches Gewebe enthielt und die Lamina cribrosa durchbrochen hatte. Bisher — nach 1 Jahr — Heilung.

2. Dasselbe Bild wie im Fall 1, nur, dass dort Gehirnerscheinungen (Kopfschmerz, Schlafsucht) vorhanden waren, hier nicht. Die rechte Nasenseite des $2^3/_4$ Jahre alten Pat. ausgefüllt durch einen von oben kommenden rothen Tumor. Probeexcision; auf dem Durchschnitt zeigt die Geschwulst ein markig-weissliches Aussehen. Bei einem abermaligen Eingriff Entleerung eines erheblichen Quantums einer klaren hellgelben Flüssigkeit aus der Nase. Darauf mehrere Tage Rhinorrhoe. Die entleerte Flüssigkeit reagirte alkalisch, hatte 0,8 pM. Eiweissgehalt, enthielt keinen Zucker. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Portionen zeigte zweifellose Ganglienzellen. Nach kurzem relativen Wohlbefinden wurde das Kind von Tag zu Tag schlaffer, stiller; 3 Wochen p. o. Erbrechen, Fieber und vollständiges Sistiren des Nasenausflusses, Krämpfe, Somnolenz, Nackenstarre, Exitus. Die Section ergab: eitrige Meningitis, endonasale Encephalocele, im Ausstrich Streptokokken.

Grabower: Stauungsbinde für den Hals, die ihm in mehreren Fällen von Kehlkopftuberculose mit starken Schluckschmerzen recht gute Dienste geleistet hat. Hat der Pat. die Binde 10—12 Tage getragen, so sieht man auch eine wesentliche Abnahme der Schwellung der Kehlkopfschleimhaut.

Davidsohn hat in einem Falle einen guten, in einem anderen gar keinen Erfolg von der Binde gesehen.

Hirschfeld: Fall von localer ulceröser Schleimhauttuberculose der Nase.

Narben am Nasenflügel. Vom inneren Nasenwinkel auf die Innenseite des Nasenflügels sich erstreckend ein Ulcus mit wulstartigem Rande.

Richter: Nasenverengerung und Gebiss.

Nach einer genauen Besprechung der Entwickelung des menschlichen Oberkiefers und seiner statischen Verhältnisse kommt R. zu der Behauptung, dass bei allen Bissarten, deren er 7 unterscheidet, sich das Bestehen chronischer Nasenstenose mit Mundathmung während der zweiten Dentition beobachten lässt. Die dauernde Mundathmung ist nicht ohne Einfluss auf das Gebiss. Andererseits hat ein mangelhaftes Gebiss eine mangelhafte Entwickelung des Alveolarbogens nach Breite und Höhe zur Folge; die Gaumenplatte bleibt dann schmal und der Nasenboden eng.

Die meisten Bissdeformitäten lassen sich durch combinirte Wirkung von Mundathmung mit vorzeitigen Zahnverlusten erklären. (Die Discussion wird vertagt.)

A. Rosenberg.

---

d) Oto-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 23. Januar 1908.

Vorsitzender: Malmsten.

Arnoldson demonstrirte einen Fall von operirtem Papilloma laryngis und einen von Kehlkopftuberculose, der mit grossem Erfolg curettirt war, und berichtete über 2 Fälle von Cancer laryngis; von diesen war einer glücklich operirt, der zweite erlag einer Pneumonie.

Malmsten: Vortrag über Larynxanomalien.

Sitzung vom 27. Februar 1908.

Vorsitzender: Stangenberg.

G. Holmgren zeigte einen Fall von einseitigem Stimmbandfibrom.

Stangenberg demonstrirte einen Mann, der an Cancer antri Highmori litt, und berichtete über einen zweiten Fall; im Anschluss an die Discussion, an der mehrere Mitglieder theilnahmen, sprachen ausserdem Stangenberg und Weinberg über je einen Fall dieser Krankheit.

Stangenberg zeigte einen Fall von Laryngitis acuta.

Lindström berichtete über und demonstrirte einen Fall von katarrhalischem Geschwür im Larynx.

Sitzung vom 26. März 1908.

Vorsitzender: Lagerlöf.

Flodqvist berichtete über und zeigte einen Fall von Empyema antri Highmori in einer doppelten Kieferhöhle.

Stangenberg zeigte den Oberkiefer von dem in der vorigen Sitzung demonstrirten Mann, der jetzt (wegen Cancer) operirt war.

Stangenberg berichtete über einen Fall von Ethmoidalcancer bei einem 71jährigen Mann; die Augenbefunde bei ihm wurden von Uddgren näher besprochen.

G. Holmgren zeigte ein mikroskopisches Präparat von einem Fall von Cancer laryngis.

G. Holmgren sprach über die directe Laryngoskopie und deren Bedeutung nach erschwertem Decanulement nach Croup und Pseudocroup bei Kindern.

Uddgren berichtete über Onodi's Arbeit: Der Sehnerv und die Nebenhöhlen der Nase.

Sitzung vom 7. Mai 1908.

Vorsitzender: Ek.

Flodquist zeigte einen Fall von Cancer laryngis bei einem 66jährigen Mann und ein mikroskopisches Präparat von Stimmbandpolyp.

Arnoldsen stellte einen 60jährigen Mann vor, der seit 6 Monaten wegen Kehlkopfkrebs durch halbseitige Larynxexstirpation operirt war.

Lagerlöf berichtete über den I. internationalen Congress für Laryngologie in Wien am 21. bis 25. April d. J.

Sitzung vom 24. September 1908.

Vorsitzender: Stangenberg.

Zum Schriftführer für das kommende Jahr wurde G. Holmgren gewählt.

Flodqvist referirte uber einen Fall von Rhinolith bei einer 70jährigen Frau, dessen Kern ein Kirschkern war.

Sitzung vom 24. October 1908.

Vorsitzender: Lagerlöf.

Samuelsson zeigte 2 Fälle von Retronasalfibrom, mit gutem Erfolg mit Elektrolyse behandelt, und berichtete über einen dritten Fall.

Samuelsson und Fineman stellten Fälle von Larynxtuberculose vor, die mit Curettement und Galvanokaustik mit sehr gutem Erfolge behandelt wurden.

Tillman und Fineman sprachen über die Behandlung der Kehlkopftuberculose, jener mit Sonnenlicht, dieser mit Galvanokaustik.

Da Arnoldson durch Krankheit verhindert war, der Sitzung beizuwohnen, wurde sein Vortrag über die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose von Samuelsson vorgelesen.

Waller sprach über seine Erfahrungen mit Oesophago-, Tracheo- und Bronchoskopie.

Stangenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Unser treuer Mitarbeiter, Prof. O. Seifert, ist zum a. o. Professor der Laryngologie in Würzburg ernannt worden.

Dr. L. Harmer (Wien) ist zum ausserordentlichen Professor der Laryngologie an der deutschen Universität in Prag ernannt worden.

Der Herausgeber des Centralblatts ist zum Ehrenmitglied der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden ernannt worden.

Namen-Register.*)

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

C.

D.

M.

S.

Sach-Register.

A.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Z.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **Gontier de la Roche** (Toulon), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **Lautmann** (Paris), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Fünfundzwanzigster Jahrgang.

(Januar—December 1909.)

Berlin, 1909.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Januar. 1909. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1907.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	58	203	110	27	105	31	35	569
Deutschland	37	121	63	12	101	9	12	355
Grossbritannien und Colonien	11	67	48	9	82	10	13	240
Frankreich	13	62	45	12	56	18	14	220
Ungarn	3	41	19	5	44	2	3	117
Oesterreich	4	30	22	3	44	4	5	112
Italien	5	12	18	2	26	3	2	68
Belgien	3	22	15	4	17	4	2	67
Holland	4	21	10	3	21	3	1	63
Spanien	3	15	14	2	15	—	2	51
Polen	3	10	9	3	15	2	1	43
Dänemark, Norwegen	3	10	8	2	14	2	3	42
Russland	2	8	7	2	10	1	2	32
Schweiz	2	5	2	5	6	2	—	22
Schweden	2	9	3	—	5	—	—	19
Zusammen	153	636	393	91	561	91	95	2020

Die Zahl der Beiträge hat sich wiederum vermehrt und 2000 Arbeiten resp. Vorträge überschritten, was seit 7 Jahren nicht vorgekommen ist. — In obiger Statistik sind zum ersten Male Oesterreich und Ungarn, Belgien und Holland, Schweden von den anderen skandinavischen Königreichen getrennt behandelt worden. Im Uebrigen bietet die Statistik keine Veranlassung zu besonderen Bemerkungen.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Victor Delsaux. Die Vortheile der Decimalclassification in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Avantagos de la classification décimale en oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1907.*

Der Titel besagt, wofür der Autor in dieser Arbeit eintritt. PARMENTIER.

2) **Percy Goldsmith. Laryngologie und Rhinologie in ihren Beziehungen zur allgemeinen Medicin. (Laryngology and Rhinology in their relation to general medicine.)** *N. Y. Medical Record. 1908.*

Eine Aufzählung bekannter Dinge. EMIL MAYER.

3) **Pietri. Operationsstatistik der Abtheilung Prof. E. J. Moure's vom 31. December 1902 bis 31. December 1907. (Statistique opératoire du service de M. le Prof. E. J. Moure du 31. décembre 1902 au 31. décembre 1907.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 19, 21 u. 22. 1908.*

Die Statistik umfasst 220 Operationen, von denen 31 den Mund und Rachen, 81 die Nase und ihre Nebenhöhlen, 70 den Larynx, die Trachea und den äusseren Hals, 27 die Ohren betreffen. Verf. hebt bei jeder Art von Eingriffen die wesentlichen Punkte hervor und geht auf die Operationsmethoden ein, die von der Bordelaiser Schule angewendet werden. BRINDEL.

4) **E. Stangenberg. Die Gemeindeschulen in Stockholm. (Stockholms stads folkskolor.)** *Berättelse för ar 1907. Stockholm 1908.*

Aus dem Bericht für 1907 geht hervor, dass 3832 Kinder von den Hals- und Ohrenspecialisten untersucht wurden; von diesen Kindern litten 273 (7,1 pCt.) an Schwerhörigkeit, 370 (9,7 pCt.) an Ohrenentzündung, 725 (18,9 pCt.) an Nasenkrankheit, 357 (9,3 pCt.) an adenoiden Vegetationen und 583 (15,2 pCt.) an Gaumenmandelhypertrophie. E. STANGENBERG.

5) **R. H. Johnston. Verlegung der Nase oder des Halses als eine Ursache für Nerven- und Geisteskrankheiten im Schulleben. (Obstruction in the nose or throat as a cause of nervous and mental diseases in shool life.)** *N. Y. Medical Record. 14. December 1907.*

Verf. betrachtet als Ursache für die nervösen und psychischen Störungen in diesen Fällen das Fehlen des Sauerstoffs in der Inspirationsluft. Die vorkommenden Symptome sind: Schlaflosigkeit, Pavor nocturnus, Enuresis, Kopfschmerz, Stottern und andere Sprachstörungen, choreatische Zuckungen im Gesicht u. s. w. Verf. erwähnt auch nervösen Reflexhusten, Pseudomeningitis u. a. m. LEFFERTS.

6) **John T. Cronin. Obstruirende Anomalien des Mund-Nasen-Rachens, ein wichtiges prädisponirendes Moment für Tuberculose bei Schulkindern. (Obstructive abnormalities of the Oro-Naso-Pharynx, a powerful predisposing factor to tuberculosis in shool children.)** *N. Y. Medical Record. 10. October 1908.*

Verf. weist darauf hin, dass Kinder, die mit Tuberculösen zusammenleben, auf Grund von Abnormitäten in der Nase und im Pharynx ganz besonders der Infectionsgefahr ausgesetzt sind.
LEFFERTS.

7) **Francke H. Bosworth. Die diagnostische Bedeutung von Symptomen der oberen Luftwege bei Syphilis und Tuberculose. (The diagnostic value of symptoms of the upper respiratory tract in syphilis and tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Verf. giebt eine Schilderung der Manifestationen von Syphilis und Tuberculose in den oberen Luftwegen. Von der Syphilis sagt Verf., sie habe „mehr einen explosiven als einen progressiven Charakter“. Er legt besonderen Wert auf die Thatsache, dass die Syphilis in Nase und Hals keine Neigung hat, die anatomischen Grenzen zu überschreiten.
LEFFERTS.

8) **Emil Mayer. Die diagnostische Bedeutung von Symptomen der oberen Luftwege bei Rheumatismus, Gicht und Diabetes. (The diagnostic value of symptoms of the upper air tract in rheumatism, gout and diabetes.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Verf. zeigt zuerst die ätiologische Bedeutung der oberen Luftwege für die Entstehung des Rheumatismus, als dessen Eingangspforte in einer Zahl von Fällen die Tonsillen, besonders die Rachenmandel zu betrachten ist. Er bespricht dann die Erscheinungen, die der Rheumatismus in den oberen Luftwegen bisweilen macht, z. B. die Entzündung im Crico-arytaenoidgelenk und weist darauf hin, dass der Laryngologe nicht selten aus dem Befund in den oberen Luftwegen den Rheumatismus diagnosticiren kann. In practischer Hinsicht liegen die Verhältnisse bei der Gicht ähnlich; nur kommt hier noch hinzu, dass auch in der Nase bisweilen vasomotorsiche Störungen beobachtet werden, die gichtischen Ursprungs sind. Auf Diabetes kann man zuerst aufmerksam gemacht werden durch Trockenheit im Halse und leichte Ermüdung der Stimme. Mayer erwähnt hier auch Furunkulosis und Perichondritis des Larynx und diabetische Geschwüre des Pharynx.

LEFFERTS.

9) **William W. Simpson. Die diagnostische Bedeutung von Symptomen der oberen Luftwege bei Rheumatismus, Gicht, Diabetes. (The diagnostic value of symptoms of the upper air passages in rheumatism, gout, diabetes.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Verf. hat bei seinen klinischen Beobachtungen keinerlei Zusammenhang zwischen Angina und Rheumatismus constatiren können.
LEFFERTS.

10) **Th. S. Harris. Die diagnostische Bedeutung von Symptomen infolge des Larynx, Pharynx und der Nase bei Nasenkrankheiten. (The diagnostic value of symptoms of the Larynx, Pharynx and Nose in nervous diseases.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Verf. bespricht die Symptome bei Tabes (Anosmie, Parosmie, ein- und doppelseitige Posticuslähmung, Ataxie der Stimmbänder, Larynxkrisen). Bei der multiplen Sklerose erwähnt er den Tremor beim Sprechen und eine abnorme Neigung der Stimme zur Ermüdung, ferner die bisweilen vorkommenden Lähmungen, besonders der Adductoren. Als Symptome der Syringomyelie führt er an: motorische Erscheinungen von Seiten des Larynx und herabgesetzte Reflexerregbarkeit der hinteren Rachenwand; für die progressive Bulbärparalyse sind charakteristisch die Erscheinungen von Seiten der Zunge, Lippen und des Larynx, doch sind letztere nicht sehr constant. Die progressive Muskelatrophie ist sehr oft von Symptomen des Pharynx und Larynx begleitet; diese bestehen gewöhnlich in Lähmungen, besonders des Larynx. Verf. bespricht dann noch die Paralysis agitans, die Hysterie, die Anästhesie und Hyperästhesie der Schleimhaut und die Dysphonia spastica.

LEFFERTS.

11) **E. Jürgens** (Warschau). **Affectionen des Gehörapparates, der Nase und des Halses infolge von Explosion von Bomben und infolge von Schüssen. (Affections de l'appareil auditif, du nez et de la gorge, consécutives à l'explosion de bombes et à des coups de feu.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 5. H. 10. 1907.*

Die erste und zweite Gruppe betreffen Verletzungen des Ohres, besonders des inneren, insbesondere der Schnecke u. s. w. Andere Beobachtungen zeigen eine wunderbare Toleranz der Gewebe des Schädels und des Halses gegenüber Projektilen von ziemlich bedeutender Dimension.

In einem Fall von Verletzung der Highmorshöhle durch eine Feuerwaffe bemerkte J. eine auffallend leichte Regeneration der Sinuswand ohne plastische Operation.

In einem Fall von Kehlkopfverletzung trat Heilung ein, doch blieb die Rauhigkeit der Sprache, die nach dem Spiegelbild einer Unbeweglichkeit des einen Stimmbandes zuzuschreiben ist. Es würde sich demnach entweder um eine directe Verletzung des Recurrens handeln (was den Bewusstseinsverlust des Kranken erklärt, zumal die directe Vagusreizung häufig diesen Zustand herbeiführt), oder es ist die Narbenretraction im Bereiche des Schusscanals, die die Stimmbandparalyse veranlasst hat.

Dieses Beispiel beweist, dass man bei dergleichen Fällen mit der funktionellen Prognose sich sehr reservirt verhalten muss, und dass es sehr wichtig ist, die laryngoskopische Untersuchung öfters vorzunehmen.

PARMENTIER.

12) **J. A. Roorda Smit** (Rotterdam). **Die Fliegenkrankheit und ihre Behandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1906.*

Gegen die auch den Rhinologen interessirende Myiasis empfiehlt Verf. auf Grund eigener Erfahrungen Einpuderungen von Calomel als sicherstes Mittel.

ZARNIKOW.



13) **Kuhn** (Kassel). **Einführung in die perorale Intubation.** *Med. Klinik. 29. 1908.*

In diesem Aufsatze versucht Kuhn eine Einführung in das Verfahren der peroralen Intubation zu geben, indem er die Indikationen, das Instrumentarium und die Methodik kurz bespricht.

SEIFERT (Würzburg).

14) **Dirk** (Berlin). **Ueber die Kuhn'sche Tubage.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1906.*

Die Kuhn'sche perorale Tubage hat sich dem Verf. bei einer grösseren Anzahl von Kopfoperationen vortrefflich bewährt. Besprechung der Technik und der Vorzüge der Methode.

ZARNIKOW.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **A. Trifiletti. Heftiges Nasenbluten bei einem Gichtkranken. (Violent epistaxis in a gouty patient.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1906.*

Verf. will nicht behaupten, dass das Nasenbluten ein gichtisches Symptom ist; er theilt seinen Fall nur mit als Beitrag zu der Frage des von einigen Autoren behaupteten Zusammenhangs zwischen Epistaxis und gewissen Diathesen.

EMIL MAYER.

16) **Escat. Rhinologische Diagnose einer versteckten Form von Werlhoff'scher Krankheit. (Diagnostic par le rhinologiste d'une forme insidieuse et ambulatoire de maladie de Werlhoff.)** *Annales des maladies de l'oreille. Februar 1907.*

Bei häufigem Nasenbluten, besonders bei Kindern, empfiehlt sich die sorgfältige Untersuchung der Haut, um festzustellen, ob man sich nicht einer forme fruste der Werlhoff'schen Krankheit gegenüber befindet. Verf. theilt zwei interessante hierher gehörige Beobachtungen mit.

BRINDEL.

17) **James W. Barrett. Zwei Fälle von Epistaxis, bei denen Unterbindung der Carotis externa nothwendig wurde. (Two cases of epistaxis in which ligation of the external carotid artery became necessary.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. Juni 1908.*

I. Ein 26jähriger Mann, der in Chloroformnarkose wegen Nasenpolypen operirt worden war, fing vier Tage darauf an, aus der Nase zu bluten. Die Nase wurde tamponirt und die Blutung stand. Am nächsten Tage wurde der Tampon entfernt. In der Nacht wiederholte sich die Blutung. Pat. blieb 10 Tage im Bett, während dieser Zeit traten häufige Blutungen auf. Die Carotis externa wurde unterbunden. Es trat, obwohl Pat. sehr schwach war, Heilung ein.

II. 35jähriger Mann. Fünf Tage nach linearer Cauterisation der unteren Muschel sehr starke secundäre Blutung, die auf Tamponade stand. Einige Tage darauf neue Blutung; als sich diese in den nächsten Tagen sehr häufig und heftig wiederholten, Unterbindung der Carotis externa.

Beide Fälle betrafen keine Hämophilen, im Blut war kein Eiweiss.

A. J. BRADY.



18) **R. M. Mc. Kinney. Tödtliche Nasenblutung bei einem Hämophilen; Tod infolge septischer Pneumonie. (Fatal nasal hemorrhage in a Hemophiliac; death from septic pneumonia.)** *Memphis Medical Monthly. Mai 1908.*

19jähriger Mann, bekam nach einer Erregung anhaltendes Nasenbluten, das nicht zu stillen war. Der Vater war Bluter gewesen; Pat. hatte selbst häufig an Nasenbluten gelitten.

EMIL MAYER.

19) **Hummel** (Herrnhut). **Ein Fall von prodromaler Epistaxis.** *Fortschritte der Medicin. 4. 1908.*

In Uebereinstimmung mit de Cigna ist der Verf., gestützt auf einen Fall eigener Beobachtung, der Ansicht, dass man das idiopathische Nasenbluten älterer Individuen als Warnungszeichen für drohende Apoplexie ansehen solle.

SEIFERT (Würzburg).

20) **Lublinski** (Berlin). **Ueber die Anwendbarkeit des „synthetischen" Suprarenins auf die Schleimhaut der Nase.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 43. 1907.*

1:1000 in physiologischer Kochsalzlösung gelöst, hält sich das synthetische Präparat, oxydirt nicht, d. h. wird nicht braun wie das organische Präparat. Auf der Nasenschleimhaut soll das synthetische Präparat nicht so brennend empfunden werden. Abkochen zerstört es nicht.

ALBANUS (ZARNIKO).

21) **Edvard Nielsen** (Dänemark). **Wasserstoffhyperoxyd (wässerige Auflösung von Perhydrol) bei Nasenblutungen. (Brintoverilte [vandig Oplösning af Perhydrol] ved Näseblódninger.)** *Ugeskrift f. Laeger. S. 123. 23. Januar 1908.*

Hat wässerige Auflösung von Perhydrol mit gutem Erfolg gegenüber Nasenblutungen versucht.

E. SCHMIEGELOW.

22) **T. Bobone. Schleimpolypen der mittleren Muschel und kalter Abscess der unteren Muschel in derselben Nase. (Polipi mucosi del turbinato medio ed ascesso freddo del turbinato inferiore nell'istessa narice.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio etc. No. X. 1908.*

Verf. hielt den Abscess der unteren Muschel seinem Aussehen nach zuerst gleichfalls für einen Polypen; als es aber nicht gelang, die Schlinge um die Geschwulst herumzulegen und er ein galvanokaustisches Messer in diese hineinstach, quoll ein Esslöffel gelblichen dünnen Eiters heraus.

FINDER.

23) **F. Chavanne** (Lyon). **Papillome der Nasenhöhlen. (Papillomes des fosses nasales.)** *La Presse Otolaryngol. Belge. No. 5. 1907.*

Interessante Monographie. Nach der pathologischen Anatomie bildet das Papillom eine streng sich von den anderen Neubildungen und den einfachen papillären Hypertrophien unterscheidende Geschwulst, der man in allen Theilen der Nasenhöhlen begegnen kann. Die vorgeführten Beobachtungen lassen sich in 3 Gruppen eintheilen:

1. Papillom der Nasenlöcher und des vorderen Theils der Nasenhöhlen,
2. Papillom des Nasopharynx und der hinteren Nasenhöhlenmündungen,

3. Papillom des mittleren Nasenganges und der Nasennebenhöhlen.

Die verschiedenen die zweite und dritte Gruppe bildenden Beobachtungen halten der Kritik nicht Stand; man muss ohne Zweifel die Möglichkeit von Papillomen in diesen Gegenden zugeben, aber die Thatsachen erweisen, dass sie dort nur ausnahmsweise auftreten und dass sie meist von localisirten Hypertrophien und Geschwülsten anderer Natur — sei es gutartiger, sei es bösartiger Natur vorgetäuscht werden.

PARMENTIER.

24) **Jonathan Wright. Dauernd wiederkehrende Papillome der Nasenhöhlen nebst einigen Bemerkungen über die Differentialdiagnose der Epithelwucherung. (Persistently recurring papillomata of the nasal chambers with some remarks on the differential diagnosis of epithelial proliferation.)** *The Laryngoscope. Februar 1908.*

Papillome der Nasenhöhle sind in jeder Form sehr selten; es sind wohl nicht mehr als 20 Fälle bekannt.

Verf. wendet sich sehr eindringlich gegen die Annahme, dass die Papillome die Neigung zu maligner Umwandlung haben. Er unterscheidet scharf zwischen der harmlosen Neigung der Papillome, zu recidiviren und den unheilvollen Recidiven maligner Epitheliome. Verf. citirt drei Fälle, darunter den von Verneuil, in dem schliesslich sehr grosse äussere Operationen vorgenommen wurden.

Zu Verwechslungen Anlass geben können die benignen Adenome (Zottenkrebs Billroth's). Verf. hat bisweilen solche Adenome für bösartig erklärt, bis ihn der klinische Verlauf über die Gutartigkeit der Geschwulst belehrte. In diesen Fällen lässt auch die histologische Untersuchung oft im Stich. In vielen Fällen giebt erst die klinische Beobachtung im Verein mit der histologischen Untersuchung Aufschluss.

Die Tendenz für Epithelproliferation ist oft begleitet von einer Keratose der obersten Epithelschichten. Es ist möglich, dass dieser Neigung zur Keratose eine constitutionelle Dyskrasie zn Grunde liegt.

EMIL MAYER.

25) **William C. Braislin. Ein seltener Nasentumor. Fibrom des hinteren Endes der mittleren Muschel. Bericht über einen Fall. (A rare nasal tumor. Fibroma of the posterior end of the middle turbinate. Report of a case.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

26) **A. Schmidt** (Würzburg). **Ein Fall von Fibroma oedematosum der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 517. 1907.*

Es handelt sich um einen erbsengrossen dünngestielten Tumor rechts am Septum bei einer Ozaena nasi et laryngis. Der Tumor war dauernd mit einer Ozaenaborke bedeckt, die somit vom Verf. als ätiologischer Factor angesprochen wird. Die kleine Neubildung besteht histologisch aus äusserst gefässarmem Bindegewebe, das mit Pflasterepithel bedeckt ist. In der ganzen Ausdehnung des Präparates sind keine Drüsenlumina vorhanden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

27) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Ueber die blutenden Polypen der Nasenscheidewand.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 25. 1907.*

Beschreibung zweier Fälle von blutenden Polypen der Nasenschleimhaut, deren erster von der Nasenscheidewand, der zweite von der unteren Muschel links ausging. Im ersten Falle handelt es sich um ein Fibroangiom, im zweiten um ein Cavernom, beide gutartigen Charakters. Beiden Fällen eigenthümlich war, dass sie bei Frauen und zwar in Beziehung zum Genitaltractus vorkamen, im Fall 1 nach Abschluss der Gravidität, im Fall 2 während derselben; ferner der linksseitige Sitz, übereinstimmend mit den ursprünglichen Anschauungen über den Lieblingssitz der blutenden Polypen. — Beigefügt sind mikroskopische Abbildungen und ausführliche Literaturangaben. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

28) **Hermann Streit** (Königsberg i. Pr.). **Weitere Beiträge zum Sklerom, insbesondere zur Frage: Giebt es Unterschiede zwischen Sklerom- und Friedländerbacillen und welche Rolle spielt der Sklerombacillus bei der Entstehung des Skleroms?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 408 1907.*

Verf. berichtet über seine Versuche im Anschluss an die Mittheilung eines Falles. Zur Lösung der schwierigen Frage des Skleroms räth er, jeden Fall mit pathologisch-histologischem Befund zu veröffentlichen.

„Die histologische Untersuchung ist und bleibt nach dem heutigen Stande der Skleromfrage das einzig bestehende in der Erscheinungen Flucht; ihr muss man unter allen Umständen das entscheidende Wort für die Diagnose einräumen."

Nachdem Verf. eingehend die Resultate mit biologisch-chemischen Methoden, besonders die durch Bakterien bedingte Vergärung von Zuckerarten (Traubenzucker, Rohrzucker, Milchzucker), sowie ihr Wachsthum in Lakmusmolke besprochen und dann gezeigt hat, dass ebensowenig wie diese Methoden die serodiagnostische Methode bisher Ergebnisse gezeitigt hat, die für die Identitätsfrage von Sklerom- und Friedländerbacillen von einschneidender Bedeutung sind, kommt er zum Schluss nach Eingehen auf die Thierpathogenität zu folgendem Facit:

Bis zum heutigen Tage ist der Beweis dafür, dass der sog. Sklerombacillus der alleinige Erreger des als Sklerom bezeichneten endemisch auftretenden Krankheitsbildes sei, nicht mit evidenter Sicherheit erbracht. Dagegen ist aller Wahrscheinlichkeit nach als sicher anzunehmen, dass der Sklerombacillus durch seine Invasion im Gewebe die hyperplastischen Stadien des Krankheitsbildes erzeugt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

29) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Weitere Mittheilungen über Sklerom. Sklerom bei einem 9jährigen Mädchen aus Ostpreussen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 100. 1907.*

Genaue Beschreibung eines Skleromfalles, in welchem Verf. schon aus dem makroskopischen Befund (bohnen- bis erbsengrosse harte Tumoren der einen Nasenhälfte, subglottische Wülste des Larynx) die Diagnose sicher stellte, wie er überhaupt auf diese Art der Diagnosestellung den grössten Werth legt.

Zur Erleichterung dieser stellt er für den Arzt möglichst fest umrissene klinische Bilder auf:

Granulationen auf der Nasenschleimhaut, Verengungen des Nasenrachens durch Falten- oder Kulissenbildungen und subglottische Wülste im Kehlkopf: Sklerom.

Atrophischer Nasenkatarrh bei gleichem Befund im Nasenrachen und Kehlkopf: Sklerom.

Granulationsbildung oder atrophischer Katarrh der Nase, Kulissenbildung im Nasenrachen bei gesundem Kehlkopf: Sklerom.

Bei Fehlen der charakteristischen Veränderung im Nasenrachen: Granulationsbildung der Nase + subglottische Laryngitis = Sklerom wahrscheinlich; atrophischer Katarrh der Nase + subglottische Laryngitis = Sklerom möglich.

Bei Kulissenbildung im Nasenrachen kann bei Vergesellschaftung mit supraglottischen Infiltraten und Tumoren des Larynx auch die Skleromdiagnose gestellt werden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

30) **Linck** (Frankfurt a. M.) **Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Privatdocenten Dr. Streit: „Weitere Beiträge zum Sklerom“.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 172. 1907.*

Linck tritt dafür ein, dass die Skleromdiagnose in charakteristischen Fällen des mikroskopischen Befundes entbehren kann, zumal das Mikroskop zuweilen versagt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

31) **H. Streit** (Königsberg i. Pr.). **Antwort auf die Erwiderung des Herrn Dr. Linck zu meiner Arbeit: „Weitere Beiträge zum Sklerom etc.“.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 174. 1907.*

Verf. hält an der Nothwendigkeit der Ergänzung der makroskopischen Skleromdiagnose durch mikroskopischen Befund fest.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

32) **F. Schmithuisen. Die Heilung des typischen Nasenrachenpolypen vermittest der Elektrolyse.** *Dissert. Rostock 1906.*

Sch. behandelte 7 Fälle von Nasenrachenpolypen mit gutem Erfolge mittelst der Elektrolyse und folgender Caustik.

Die natürlichen Zugänge von Nase und Hals reichen vollständig zur Beseitigung der Geschwulst aus, und muss deshalb jede Voroperation bei nicht complicirten Nasenrachenpolypen als überflüssig bezeichnet werden.

OPPIKOFER.

33) **Helman. Der heutige Stand der Lehre von den Nasenrachenpolypen nebst Beitrag zur Casuistik dieser Geschwülste. (Obecny stan wichy o t. zw. polipach nosogarchselewych eraz pnyczynek do kazuistyki tych nowotwosów.)** *Czasopismo Lekarskie. 1908.*

Nachdem Verf. ausführlich die geschichtliche Entwickelung, Symptomatologie, Aetiologie, Therapie der sogen. Nasenrachenpolypen auseinandergestetzt hat, stellte er auf Grund eigener Beobachtungen diese Schlusssätze auf:

1. Die Nasenrachenfibrome bilden eine eigenartige selbstständige Gruppe in der Reihe der Nasenrachenraumgeschwülste.

2. Die Nasenrachengeschwülste sollen so früh als möglich operirt werden, da dieselben eine grosse Wachsthumsenergie zeigen.

3. In den meisten Fällen genügt gewöhnlich vollständig die Entfernung per vias naturales.

4. Nur in vereinzelten Fällen, wo der schlechte Zustand des Kranken Athemnoth, oder wo Symptome einer intracranialen Complication infolge Eindringens der Geschwulst in die Schädelbasis eine baldige Intervention nöthig machen, wie auch bei retromaxillären Geschwülsten ist eine eingreifende Operationsmethode (Präliminaroperation) indicirt, deren Auswahl vom Ausgangspunkte und der Verbreitung der Tumoren abhängt.

5. Bei Patienten mit abgeschlossener Schädelbildung oder bei denen, die nahe dieser Periode stehen (25—30 Jahre), soll man sich, trotz des grossen Umfanges der Tumoren, sogar bei Anwesenheit von Verwachsungen und Fortsatzbildungen mit palliativen Methoden begnügen, da erfahrungsgemäss nach dem Abschluss der Pubertätsperiode oftmals spontan oder auf geringfügige Eingriffe die Fibrome auf dem Wege der Regeneration und Rückbildung vollständig verschwinden.

6. Bei bösartigen Geschwülsten reichen die rhinologischen Methoden nicht aus, ja, sie können sogar das Wachsthum durch Reaktion beschleunigen. In diesen Fällen ist eine totale Exstirpation durch eine eingreifende Präliminaroperation trotz den Entstellungen und der Gefahr, die diese Operation nach sich zieht, conditio sine qua non.

Ein ausführliches Literaturverzeichniss nebst 7 Krankengeschichten und Tumorbildungen, die Verf. beobachtet und entfernt hat, sind der Arbeit beigefügt.

A. v. SOKOLOWSKI.

34) **Chr. Schmidt** (Chur). **Ein echtes Papillom des Nasenrachenraums.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 18. S. 556.*

Bericht über die histologische Untersuchung des mit dem Beckmann'schen Ringmesser entfernten Tumors.

F. KLEMPERER.

35) **Goris** (Brüssel). **Unterlassung einer wichtigen Operation wegen Verkennung der Diagnose.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. Heft 1.*

Eine Geschwulst an der oberen rechten Seitenwand des Nasenrachenraumes wurde lange Zeit übersehen und wurde in Folge Fehldignose an dem Kranken, der über heftige Neuralgien im Gebiete des Proc. alveolaris des Oberkiefers, später auch des Unterkiefers, litt, mehrere Zahnextractionen, eine partielle Kieferresection, sowie Kuren mit Analgeticis, ja sogar suggestive Therapie, natürlich ohne Erfolg, vorgenommen. Bei rechtzeitiger Erkennung des Leidens hätte eine schmerzlindernde, wenn nicht heilende Operation ausgeführt werden können.

HANSZEL.

36) **Frederic Eve** (London). **Einige Operationen zur Entfernung bösartiger Geschwülste aus dem Nasenrachen. (Some operations for the revomal of malignant growths from the nase-pharynx.)** *British Medical Journal. I. p. 485. 1907.*

Verf. beschreibt eine osteoplastische Oberkieferresection, die, wie er be-

hauptet, die Integrität des Oberkiefers gewährleistet und eine gründliche Freilegung des Nasenrachens, sowie des oberen und hinteren Theiles der Nase gestattet. Die Details lassen sich in Form eines Referates nicht wiedergeben. In einem Fall von Fibrosarkom wurde diese Operation mit gutem Erfolg ausgeführt.

JAMES DONELAN.

37) **Rhodes** (Chicago). **Sarkom des Nasenrachens; Behandlung mit Adrenalininjectionen. (Sarcome du naso-pharynx; traitement par les injections d'adrénaline.)** *Arch. Internat. de laryngol. No. III. Mai-Juni 1907.*

Verf. hat in einem Fall von inoperablem Nasenrachensarkom Pinselungen und Injectionen mit Adrenalin versucht. Er constatirte darauf eine gewisse Verkleinerung im Volumen des Tumors, einen Stillstand im Verlauf der Krankheit und eine Abschwächung der schmerzhaften Erscheinungen. BRINDEL.

c. Mundrachenhöhle.

38) **Meredith Young** (London). **Moderne Methoden zur Behandlung infectiöser Halsaffectionen. (Modern methods of treating infective conditions of the throat.)** *Lancet, London, 28. März 1908.*

Verf. liefert einen interessanten Aufsatz über die Bakteriologie des Nasopharynx, zu dem ihm das Säuglingsheim und die Patienten eines grossen Hospitals für Infectionskrankheiten das Material geliefert haben. • Er beschreibt die Untersuchungen, die gemacht wurden, um Antiseptica in den Pharynx zu appliciren und die damit erzielten Resultate, das Gurgeln gab auch bei Personen, die es geschickt ausführten, geringe Resultate, während der verständige Gebrauch von Spülungen bei geübten Patienten die besten Resultate gab. Für den Gebrauch seitens der Patienten selbst erweisen sich besonders Pastillen als sehr befriedigend und Verf. tritt warm für eine weitere Vervollkommnung der Vehikel in der Pharmakopoe ein. Das als „Izol" bekannte Präparat hatte in dem Fall von Staphylococcus aureus und albus eine sehr gute baktericide Wirkung, während sich Borsäure in allen Fällen als nutzlos erwies. Für Spülungen gaben Lösungen von Chlorcalcium 1:200 die besten Resultate. Die nächstbesten Lösung von Sublimat 1 : 1500. In allen Fällen wurden die besten Ergebnisse mit Pastillen erzielt, speciell wenn sie Formaldehyd enthielten. Verf. bediente sich der Formaminttabletten in allen Formen septischer Halsentzündungen, einschliesslich Scharlach und Diphtherie. Die Anwendung vermehrte keineswegs die Neigung zu Albuminurie. im Gegentheil, diese verschwand, wo sie vorhanden war, während der Anwendung des Formaldehyds.

JAMES DONELAN.

39) **J. L. Goodale. Localbehandlung acuter Entzündungen des Halses vom Standpunkt der Pathologie. (Local treatment of acute inflammation of the throat from the standpoint of pathology.)** *N. Y. Medical Record. 11. Juli 1907.*

Antiseptica sollen bei Angina und im Anfang der Erkrankung gebraucht werden, so lange noch die Möglichkeit besteht, diese zu coupiren. Sind erst die characteristischen Eiterpfropfen in den Lacunen erschienen, so sollen die Anti-

septica fortgelassen werden, da sie dann nicht nur nutzlos, sondern sogar schädlich sind, indem sie auf die Gewebszellen und die Phagocyten eine destructive Wirkung ausüben; ferner vermindern sie die Zahl der Bakterien in den Lacunen, durch die das Toxin gebildet wird und verlängern so die zur Bildung der nothwendigen Menge von Antikörpern erforderliche Zeit. Auf die Anwendung von Antisepticis kann erhöhtes Fieber und Adenitis folgen, die auf eine vermehrte Resorption von Toxin in den Organismus hinweisen. In Fällen, in denen der acute Anfall scheinbar durch die Antiseptica coupirt ist, können kurz nachher Entzündungserscheinungen in der Nachbarschaft folgen, die längere Zeit anhalten.

LEFFERTS.

40) **G. W. H. Merrill. Atypische Fälle von Tonsillar- und Peritonsillarinfection mit einer ungewöhnlichen Complication. (Atypical cases of tonsillar and peritonsillar inflammations with one unusual complication.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juni 1908.*

Die Complication bestand in einer Orbitalaffection, bei der es zu einer Ophthalmoplegia externa nebst mässigem Exophthalmus kam. Die Venen der Retina waren weit und gefüllt, und es fanden sich alte und frische Flecke von Chloroiditis. Der Fall begann mit einem Peritonsillarabscess, der aufbrach; es folgte ein allgemein septischer Zustand. Eine in der Peritonsillargegend gemachte Incision hatte eine heftige Blutung zu Folge.

Die Arbeit handelt besonders von den Schwierigkeiten, die es bisweilen macht, den Eiterherd zu finden. Verf. erörtert diese Schwierigkeiten an der Hand von vier Fällen.

LEFFERTS.

41) **M. Young. Diagnose und Behandlung infectiöser Halsaffectionen. (The diagnosis and treatment of infective throat conditions.)** *N. Y. Medical Journal. 30. März 1907.*

Verf. bespricht die Differentaldiagnose folgender Affectionen: Scharlachangina, septische Tonsillitis, folliculäre Angina, Diphtherie, Syphilis, Rachenerysipel, Pneumokokken und Streptokokken des Halses.

LEFFERTS.

42) **Arturo Cantieri. Tonsillitis phlegmono-gangraenosa und Tonsillotomie. (Tonsillite flemmono-gangrenosa e tonsillotomia.)** *Bollett. delle malattie dell' orecchio etc. No. X. 1908.*

Fall eines 39jährigen Mannes; nach Eröffnung des Abscesses war eine weite Höhlung mit nekrotischen Gewebsfetzen vorhanden. Curettage derselben: Pinselungen mit Kalium permanganat. Später Tonsillotomie.

FINDER.

43) **Parmentier. Giebt es eine phlegmonöse Amygdalitis pharyngealis? (Existe-t-il une amygdalite pharyngée phlegmoneuse?)** *Le Progrès Médical Belge. No. 14. 1907.*

Autor fragt sich bei dieser leider auf eine nur zu wenig beweiskräftige Beobachtung sich stützende Arbeit, nachdem er noch auf seinen Artikel im Progrès Médical, p. 73 hinweist, ob nicht die Rachentonsille ebenso wie die Gaumen-

mandeln der Sitz einer Phlegmone werden könne. Obgleich er zur Bejahung der Frage neigt, lässt er sie doch dahin gestellt.

AUTOREFERAT.

44) **A. Larrony. Die frühzeitige ulceröse Scharlachangina. (L'angine ulcéreuse précoce de la scarlatine.)** *Dissert. Paris 1907.*

Die Scharlacherkrankung kann zu Ulcerationen im Pharynx führen. Lieblingssitz dieser meist nur einzeln auftretenden Geschwüre ist die Tonsille. Das Ulcus stellt sich frühzeitig vor oder mit dem Scharlachexanthem ein und hat wenig Tendenz, sich auszubreiten. Nur ausnahmsweise sah L. ein Uebergreifen von der Tonsille auf die Gaumenbögen und die Uvula. Die Drüsen sind geschwollen, aber vereitern nicht.

Verf. beobachtete auffallend häufig, bei 72 Scharlachpatienten 9 Mal, eine ulcerirende Angina. Die 9 Fälle, deren Krankengeschichten in der Arbeit wiedergegeben werden, verliefen günstig.

OPPIKOFER.

45) **Guimezane. Beitrag zum Studium der pseudo-membranösen Anginen. (Contribution à l'étude des angines pseudo-membraneuses.)** *Thèse de Bordeaux. 1908.*

Verf. beschreibt eine Form der pseudomembranösen Angina, die sich klinisch nicht von den Anginen derselben Art unterscheidet und durch einen nach Gram nicht färbbaren Diplococcus hervorgerufen wird. Experimentell erzeugt dieser Diplococcus Pseudomembranen; er hat verschiedene Virulenz und ist oft mit dem Löffler'schen Bacillus bei der diphtherischen Angina vergesellschaftet.

BRINDEL.

46) **L. Costa. Ueber die Angina im Anschluss an Gicht. (Contribution à l'étude de l'angine gouttouse.)** *Dissert. Montpellier 1906.*

Verf. stellt 10 Fälle von Angina urica aus der Literatur zusammen und fügt eine eigene Beobachtung hinzu. Diese Art von Angina tritt kurze Zeit vor dem eigentlichen Gichtanfall auf; sie verursacht heftige Schmerzen, verläuft aber rasch. Auf ihrem Höhestadium gleicht die Erkrankung einer Peritonsillitis, ohne dass aber Eiter oder Drüsenschwellung nachweisbar sind. Die Temperatur schwankt zwischen 37,5° bis 38,5°.

OPPIKOFER.

47) **Cordillot. Orchitis mit Hodenatrophie in einem Fall von herpetischer Angina. (Orchite avec atrophie testiculaire dans un cas d'angine herpétique.)** *Arch. de méd. militaire. December 1907.*

Ein junger Soldat, der alle Zeichen einer herpetischen Angina aufwies, bekam am 7. Tage Schmerzen im rechten Hoden; dieser schwoll an, ohne dass der Nebenhoden daran theilnahm. Kein Harnröhrenausfluss. Nach vier Tagen Rückgang der Hodenentzündung; es trat darauf vollkommene Atrophie des Hodens ein.

A. CARTAZ.

48) **H. A. Laan** (Utrecht). **Gangrän eines Fusses und eines Unterschenkels im Anschluss an eine Angina. (Gangraen van een voet en een onderbeen bij een kind in aansluiting aan een angina.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 241. 1908.*

Vernachlässigter Fall. Der 7jährige Knabe hatte Schluckschmerzen, weisse

Flecke im Halse, schmerzhafte Drüsenschwellung und fühlte sich krank. Nach 14 Tagen waren die lokalen Erscheinungen verschwunden; es bestand aber Oedem des Gesichts und der Extremitäten, das in wenigen Tagen wieder verschwand. Indessen waren die Beine blau und eiskalt geworden; auch bildete sich ein Abscess an den Hinterbacken, der nur ganz langsam ausheilte. Zwei Monate nach dem Anfang der Erkrankung war eine scharfe Demarkation zwischen todtem und lebendigem Gewebe aufgetreten. Der Abstossungsprocess wurde der Natur überlassen und war erst nach weiteren 4 Monaten abgelaufen. Der rechte Unterschenkel war fast ganz, der linke Fuss grösstentheils verloren gegangen.

Erst zwei Jahre nach der Halsentzündung, über deren Natur jetzt nichts Näheres bestimmt werden kann, haben sich die Eltern entschlossen, für ihr Kind, das weder stehen noch gehen kann, ärztliche Hülfe einzuholen. Ausser den schlecht geheilten Extremitäten hat der Knabe auch eine ausgesprochene Mitralinsufficienz. Im Anfange der Gangränbildung soll er Anfälle von Herzklopfen und Atemnoth gehabt haben, während der Harn in diesen Tagen sehr dunkel, fast schwarz gewesen sein soll.

Es folgt die Beschreibung der jetzt eingeleiteten chirurgischen Behandlung der unteren Extremitäten. Verf. verbreitet sich an der Hand der Literatur über die Natur der spontanen Gangrän der Extremitäten bei Kindern. H. BURGER.

49) **L. Bernard** (Paris). **Nephritis nach Mandelentzündungen. (Nephrites amygdaliennes.)** *Société médicale des hôpitaux. 23. August 1908.*

Ausser den Scharlachanginen giebt es noch Nephritiden nach einfacher Angina, bei denen oft sehr starke Albuminurie vorhanden ist, die aber gewöhnlich sehr schnell wieder verschwinden. GONTIER de la ROCHE.

50) **Comby** (Paris). **Nephritis nach Mandelentzündung. (Nephrites amygdaliennes.)** *Société médicale des hôpitaux. Paris. 6. November 1908.*

Nach seinen Erfahrungen hält Verf. diese Nephritiden für gutartig. Hämaturie ist im Beginn die Regel. Bisweilen constatirt man Aufgedunsenheit des Gesichts und Anasarca. In 2 Fällen hat Verf. eklamptische Anfälle auftreten sehen. Nicht nur die Tonsillen, sondern der ganze Pharynx können Ausgangspunkt für die Nephritis sein. GONTIER de la ROCHE.

d. Diphtherie und Croup.

51) **Gereda** (Madrid). **Nasendiphtherie. (Difteria nasal.)** *Doctordissertation. October 1907.*

Zusammenfassende Studie. TAPIA.

52) **Rueda** (Madrid). **Nasen- und Rachendiphtherie. (Difteria nasal y faringea.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 11.*

Fall eines 2jährigen Kindes, das 2 Tage, nachdem sein Bruder an Rachendiphtherie erkrankt war, eine Rhinitis fibrinosa bekam. R. ist der Ansicht, dass die Rhinitis fibrinosa eine Diphtherie mit abgeschwächter Virulenz sei. TAPIA.

53) **John Howland. Circulationsstörungen bei Diphtherie. (Circulatory disturbances in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juni 1908.*

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Ergebnissen: Fettige Degeneration des Herzens findet sich häufig; nicht so häufig sind Thrombosen und Embolien. Der Tod trat ein in Folge Lähmung der vasomotorischen Centren. Die bei postdiphtherischen Circulationsstörungen zu gebrauchenden Medicamente sind: Digitalis, Coffein, Nitroglycerin. Indicationen für deren Anwendung giebt Unreinheit des ersten Herztons. LEFFERTS.

54) **Howard T. Kassner. Das Blut bei Diphtherie. (The blood in diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 10. October 1908.*

Es wird allgemein behauptet, dass Myelocyten im peripherischen Blut Diphtheriekranker zahlreicher sind, als bei anderen Infectionskrankheiten, und es ist festgestellt worden, dass, wenn der Procentsatz von diesen 2 oder mehr erreicht, die Prognose sehr ernst ist. Viele Autoren haben sich mit dieser Annahme nicht einverstanden erklärt. K. hat sowohl vor wie nach der Injection von Antidiphtherieserum keine Myelocyten gefunden. Aus seinen Untersuchungen in 13 Diphtheriefällen ergiebt sich das Vorhandensein einer mässigen Leukocytose. In äusserst toxischen und äusserst milden Fällen kann diese Leukocytose fehlen. In den Verhältnissen der verschiedenen Formen der weissen Blutkörperchen ist nichts Abnormes zu constatiren. Weder der Grad der Leukocytose noch die Proportionen der verschiedenen Zelltypen lassen irgend welchen Schluss auf die Schwere der Infection zu, noch übt das Antitoxin irgendwelchen Einfluss darauf aus.

LEFFERTS.

55) **Isaac M. Heller. Collaps nach Injection von Diphtherieantitoxin. (Collapse following injection of diphtheria antitoxin.)** *Journal American Medical Association. 8. August 1908.*

Sofort nach der Injection fiel der Knabe bleich und bewusstlos um; die Pupillen waren dilatirt, der Radialpuls nicht zu fühlen. Pat. erhielt subcutan Strychnin; es wurde künstliche Athmung eingeleitet und erst nach 10 Minuten kehrte das Bewusstsein wieder. Pat. fühlte sich danach wieder völlig wohl; jedoch nach 3 Stunden trat ein neuer Collapsanfall ein. Die beiden anderen Geschwister des Pat. hatten von demselben Antitoxin Injectionen erhalten, ohne dass irgend welche Nebenerscheinungen eintraten. Verf. glaubt, dass er bei dem Knaben den ganzen Inhalt der Spritze in eine Vene injicirt habe und dass der Collaps in Folge des plötzlichen Eintrittes einer grossen Flüssigkeitsmenge in den Blutstrom eintrat.

EMIL MAYER.

56) **G. Middleton. Fall von diphtherischer Lähmung mittels Injectionen von Roux'schem Antidiphtherieserum behandelt. (Case of diphtheritic paralysis treated by injections of the antidiphtheric serum of Roux.)** *Lancet. 18. Juli 1908.*

Es handelte sich um einen 31jährigen Mann mit ausgesprochenen Lähmungserscheinungen an Armen und Beinen. Diese Symptome verschlechterten sich nach

der Anwendung des faradischen Stroms. Es wurden 6 Tage lang 10 ccm Roux'sches Serum und dann 20 ccm davon injicirt. Es trat sehr rapide Heilung ein.

ADOLPH BRONNER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

57) **Dobrowolsk. Zwei Fälle von Kehlkopftuberculose im Kindesalter. (Dwa pnypadki gruzlicy krtani u dzieu.)** *Medycyna. No. 38. 1908.*

Verf. hat 2 Fälle von Kehlkopftuberculose bei Kindern beobachtet. Bei einem 5jährigen Knaben, der seit 2 Monaten an starken Halsschmerzen, Atemnoth und Anämie litt, fand man im Auswurf Tuberkelbacillen, im Urin Spuren von Eiweiss. Das Kind starb nach 9 Tagen. In den Lungen wurden deutliche Spitzeninfiltrate nachgewiesen, Epiglottis stark infiltrirt, das Innere des Kehlkopfs kaum sichtbar. Bei der Autopsie wurden deutlich nachweisbare tuberculös-käsige Massen in den Lungen, im Kehlkopfe Infiltrate der Stimmbänder und der Epiglottis mit deutlichen frischen tuberculösen Ablagerungen gefunden.

Der zweite Fall betrifft ein 1 Jahr und 4 Monate altes Mädchen, das seit 3 Monaten an Lungenentzündung krank war, das Kind hatte hohes Fieber und war sehr entkräftet. Im Auswurf wurden Tuberkelbacillen entdeckt. Auf dem hinteren Theil des Pharynx wie auf der linken Gaumenmandel befand sich ein grauer Belag in Grösse eines Markstückes: Laryngoskopiren war unmöglich. Der Belag machte den Eindruck eines diphtheritischen. Im Laufe von 2 Wochen wurde die stark infiltrirte Epiglottis sichtbar. Nach einigen Monaten starb das Kind. Bemerkenswerth ist das Alter der Kranken und die Dysphagie, wobei bei starkem Husten Blut zum Vorschein kam.

A. v. SOKOLOWSKI.

58) **R. Sokolowski** (Königsberg). **Larynxtuberculose und Gravidität.** *Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen u. s. w. Bd. X. H. 6. 1908. Marhold, Halle a. S.*

Nach einem geschichtlichen Ueberblick über die Frage des Einflusses der Gravidität auf die Tuberculose und die Berechtigung resp. Verpflichtung der Einleitung eines Aborts bei schwangeren Frauen mit Kehlkopftuberculose berichtet S. über 5 neue Fälle aus Gerber's Praxis und kommt auf Grund des gesammten vorliegenden Materials zu folgenden Leitsätzen:

1. Die Complication der diffusen Larynxtuberculose mit Schwangerschaft führt in den meisten Fällen zum Tode der Mutter; ebenso ist die Mortalitätsziffer der unter solchen Umständen geborenen Kinder eine sehr grosse.

2. Eine Ausnahme von dieser ungünstigen Prognose bilden
   a) die tuberculösen Larynxtumoren,
   b) diejenigen Fälle, wo die Larynxtuberculose erst in den letzten Wochen der Schwangerschaft auftritt.

3. Bei Schwangeren, die sich im terminalen Stadium ihrer tuberculösen Erkrankung befinden, wo jede Rettung ausgeschlossen erscheint, hat ein operativer Eingriff zu unterbleiben; nur unter ganz besonderen Umständen — als Indicatio symptomatica — wäre hier eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft zu rechtfertigen.

4. Bei den übrigen — mit Ausnahme der unter 2. genannten — ist der künstliche Abort anzurathen, und zwar ist die Prognose um so besser, je früher der Eingriff ausgeführt wird. Daher sind auch die Chancen für die Rettung der Mutter durch Einleitung der künstlichen Frühgeburt beinahe gleich Null.

5. Der Tracheotomie ist eine heilende Wirkung nur in den seltensten Fällen zuzusprechen; als Indicatio vitalis wird sie öfter in Betracht kommen.

6. Um den günstigen Zeitpunkt für eine möglichst frühzeitige Vornahme des künstlichen Abortes nicht zu versäumen, soll bei jedem weiblichen Individuum, das mit Kehlkopftuberculose zu uns kommt, eo ipso auf Gravidität gefahndet werden.

7. Die allgemein gültigen Regeln über das Eheverbot Tuberculöser, sowie die Verhütung der Conception (facultative Sterilität) sind strengstens zu beachten.

8. In geeigneten Fällen wird es sich vielleicht empfehlen, im Anschluss an den günstig verlaufenen künstlichen Abort die künstliche Sterilisirung anzurathen.

A. ROSENBERG.

59) **B. Robinson. Kehlkopftuberculose. (Laryngeal tuberculosis.)** *American Journal Medical Sciences. August 1908.*

Verf. hält für die Hauptpunkte bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose: Stimmruhe und Inhalationen. Er ist kein Anhänger der intralaryngealen Chirurgie bei Kehlkopftuberculose. Verf. lässt seine Patienten eine Art Respirator aus Zink tragen, die mit in Kreosot und Alkohol getränkter Watte gefüllt sind.

EMIL MAYER.

60) **Felkin Hilt. Werth der vollkommenen Stimmruhe als therapeutisches Hülfsmittel bei Larynxtuberculose. (Value of complete vocal rest as an aid to recovery from laryngeal tuberculosis.)** *British Medical Journal. Vol. I. p. 1411. 1907.*

Mittheilung von Fällen, die durch Sanatorienbehandlung günstig beeinflusst wurden.

E. B. WAGGETT.

61) **G. Fineman** (Gefle, Schweden). **Die Behandlung der Kehlkopftuberculose, besonders mit Galvanokaustik. (Larynxtuberculosens behandling särskildt med galvanokaustik.)** *Vortrag in der Sitzung der oto-laryngologischen Gesellschaft in Stockholm vom 24. October 1908.*

Verf. tritt als ein grosser Freund dieser Behandlung auf, durch welche sowohl die subjectiven Unannehmlichkeiten wie die objectiven Veränderungen günstig beeinflusst werden. Die einzige Contraindication liegt nach der Meinung des Verfassers dann vor, wenn die allgemeinen Kräfte des Kranken so herabgesetzt sind, dass man befürchten muss, dass der Zustand durch den Eingriff verschlimmert werden kann. Die Galvanokaustik bringt jedoch nicht immer eine vollständige Heilung hervor; auch wenn der tuberculös veränderte Kehlkopf nach der Aetzung sein normales anatomisches Aussehen und seine normale Function wiederbekommt, kann man nicht sicher sein, dass in der Narbe oder in der Tiefe der Schleimhaut sich ein Herd befindet, der nach kürzerer oder längerer Zeit sich entwickelt.

Diese Verhältnisse fordern eine lange Beobachtung. Die Erfahrung des Verf.'s wird durch eine Casuistik von 11 Fällen illustrirt.

E. STANGENBERG.

62) **Cyril Hersford. Eine neue Methode zur Erleichterung intralaryngealer Operationen nebst 4 Fällen von Entfernung benigner Geschwülste vom Stimmband. (An original method of facilitating intra-laryngeal operations with 4 cases of innocent growths of the vocal cord removed.)** *Lancet. 11. Juli 1908.*

Eine Naht wird durch die Epiglottis gelegt, deren Enden über die Mitte der Zunge gezogen und dort durch ein Paar Spencer-Wells'scher Zangen festgehalten. Verf. braucht für die Durchführung der Nadel durch die Epiglottis eine Modification des Kurz'schen Nadelhalters. Illustrirt. Vier Fälle werden berichtet.

ADOLPH BRONNER.

63) **Ch. Denille. Ueber die Behandlung der Kehlkopfpapillome beim Kinde. (Du traitement des papillomes diffus du larynx chez l'enfant.)** *Dissertation. Toulouse 1907.*

In erster Linie ist die endolaryngeale Behandlung zu versuchen und die Tracheotomie oder Laryngofissur nur auf Ausnahmefälle zu beschränken.

Nicht erwähnt wird die Behandlung der Larynxpapillome mittelst der Löri-schen Katheter.

OPPIKOFER.

64) **D. Croby Griene. Eine ungewöhnliche Kehlkopfcyste. (An unusual cyst of the larynx.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Es handelt sich um ein 9jähriges Kind. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte einen glatten, blaurothen, kugeligen Tumor, der die rechte Hälfte der Epiglottis und die rechte pharyngo-epiglottische Falte einnahm, vorne die Zungenbasis und hinten die hintere Rachenwand berührte. Er verdrängte die Epiglottis nach links hinüber und verdeckte das Cavum laryngis vollständig. Er war fest bei der Berührung, ohne den Anschein der Fluctuation zu zeigen. Zwei Tage nach der Tracheotomie schien der Tumor etwas grösser und hatte eine mehr gelbliche Farbe angenommen.

Operation: Das Kind wurde in Rose'scher Lage durch die Tracheotomiecanüle ästherisirt, dann der Tumor mittels einer Schlinge gefasst. Beim Versuch, ihn herauszuziehen, riss seine Wand und eine bräunliche Flüssigkeit ergoss sich in die Mundhöhle. Mit dem Collabiren der Cyste nahmen die Theile ungefähr ihr normales Aussehen wieder an, die Epiglottis kehrte zur Mittellinie zurück. Am folgenden Tage Entfernung der Tube. Bereits nach einer Woche hatte die Geschwulst fast die Hälfte ihrer früheren Grösse wieder erreicht. Es wurde — wiederum in Aethernarkose — ein Stück der Cystenwand mit schneidenden Zangen entfernt, wobei sich ein Theelöffel Eiter entleerte. Augenscheinlich war die Cyste bei der ersten Operation mit einem schwach virulenten Eitererreger inficirt worden. Fieber bestand nicht.

Mikroskopische Untersuchung der Cystenwand ergab nichts weiter, als einen subacuten entzündlichen Process in derselben. Seit der letzten Operation ist kein

Recidiv eingetreten. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt nur leichte Verdickung der rechten pharyngo-epiglottischen Falte.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. die verschiedenen Formen von Kehlkopfcysten und deren Behandlung. EMIL MAYER.

65) **Thomas J. Harris. Ein Fall von erfolgreich mittels Laryngo-Tracheofissur behandelten subglottischen Papillom. (A case of subglottic papilloma cured by laryngo-tracheal fissure.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Der Tumor verschwand ohne jede weitere Behandlung, nur infolge der durch die Trachealfistel gewährleisteten Ruhestellung. Verf. empfiehlt warm für alle derartigen Fälle diese Behandlung. EMIL MAYER.

66) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Nachtrag zum Aufsatz „Ein Fall von Hämangiom der linken Stimmlippe".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 395. 1907.*

Nachträgliche Erwähnung zweier von Grünwald veröffentlichter Fälle. Sie sind in seinem „Atlas der Kehlkopfkrankheiten" mitgetheilt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

67) **Chatin, Vignard, Sargnon** (Lyon). **Kehlkopfpapillom. Tracheotomie. Tod infolge schwerer Trachealulceration. (Papillome du larynx. Trachéotomie. Mort à la suite d'ulcération grave trachéale.)** *Lyon Médical. No. 39. 27. September 1908.*

Es handelte sich um ein 2jähriges Kind, bei dem seit dem Alter von 6 Monaten Athemschwierigkeiten bestanden. Das Kind starb kurze Zeit nach der Tracheotomie infolge Bronchopneumonie.

Die Autopsie ergab Papillommassen, die die Stimmbänder bedeckten. Ausserdem fand sich eine Ulceration in der Trachea in Höhe der Canülenöffnung.

GONTIER de la ROCHE.

68) **J. A. Watson. Kehlkopfkrebs. Der augenblickliche Stand von Diagnose, Prognose und Behandlung. (Carcinoma of the larynx. The present status of its diagnosis, prognosis and treatment.)** *Journal of Minnesota State Medical Association. 1. Mai 1907.*

Verf. empfiehlt auch in hoffnungslosen Fällen die Operation, um das Leben der Patienten zu verlängern und es erträglicher zu gestalten. EMIL MAYER.

69) **Rueda. Ueber die Diagnose des Kehlkopfkrebses. (Diagnostico del cancer de la laringe.)** *Arch. de oto-rino-laringologia. No. II.*

Verf. theilt einige Fälle mit, die dazu dienen sollen, die Schwierigkeiten, die die Differentialdiagnose zwischen Syphilis, Tuberculose und Carcinom unter Umständen machen kann, zu illustriren. A. J. TAPIA.

70) **Chiari** (Wien). **Bericht über elf Fälle von Kehlkopfkrebs, operirt auf seiner Klinik vom 1. Juni 1906 bis 31. Mai 1907. (Rapport sur onze cas de cancer du larynx opérés dans sa clinique du 1. Juin 1906 au 31. Mai 1907.)** *Arch. internat. de laryng. No. 5. 1907.*

Es wurden 4 Thyreotomien, 4 halbseitige und 3 totale Exstirpationen ge-

macht. Ein Fall starb in Folge der Totalexstirpation. Es sind drei Recidive zu verzeichnen, von denen zwei nach Totalexstirpation. BRINDEL.

71) **Finder** (Berlin). **Demonstration eines endolaryngeal operirten Kehlkopfkrebses.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

Bei einem 74jährigen Mann fand sich am rechten Stimmband eine sich etwas über den freien Rand erhebende tumorartige Verdickung. Stimmband etwas geröthet, träge Bewegung, Heiserkeit. Probeexstirpation: Carcinom. In 2 Sitzungen wird der Tumor und grösste Theil des Stimmbandes exstirpirt. Nach $7^1/_2$ Monat ohne Recidiv.

In der Discussion bemerkt B. Fränkel, dass der Larynxkrebs verhältnissmässig spät Metastasen mache, dass daher die intralaryngeale Operation, wenn wirklich im Gesunden operirt wird, ebenso gute Resultate biete, wie die anderen Methoden. ALBANUS (ZARNIKO).

72) **Botella. Krebs der linken Larynxhälfte; halbseitige Exstirpation nach der Gluck'schen Methode. Heilung. (Epithelioma de la moitié gauche du larynx; hémilaryngectomie par le procédé de Gluck. Guérison.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 9. 1907.*

Der Tumor nahm die vorderen zwei Drittel des Stimmbandes und auch etwas des Taschenbandes ein. Die Hälfte des Kehlkopfes wurde in zwei Zeiten entfernt. 1. Zeit: Tracheotomie. 15 Tage später 2. Zeit: Halbseitige Exstirpation. Heilung.

BRINDEL.

73) **v. Bruns** (Tübingen). **Ueber die Radicaloperation des Kehlkopfkrebses mittels Kehlkopfspaltung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. 1906.*

Die Geschichte der Chirurgie des Kehlkopfkrebses lehrt, dass seit den ersten Versuchen des Amerikaners Buck (1851) nach anfänglichen Misserfolgen mit der Spaltung des Kehlkopfes, dann mit der Exstirpation desselben (Billroth 1873) die Erfolge seit der Zeit gute, ja glänzende geworden sind, da man dazu überging, im Frühstadium zu operiren und die Thyreotomie als Voract der Exstirpation des Neoplasmas zu bevorzugen. Eine sogar noch durch mangelhafte Resultate mangelhafter Operateure ungünstig beeinflusste Statistik des Verf.'s über 114 Fälle seit dem Jahre 1890 ergiebt: 9 pCt. Mortalität, 22 pCt. Recidive, 48 pCt. Heilungen (bis zu 1 Jahr). Noch weit besser sind die Resultate Semon's: 20 Thyreotomien mit einem Todesfall, 2 Recidiven, 17 Heilungen von 1—13jähriger Dauer. Verf. schildert die von ihm geübte Operationsmethode, an der folgende Punkte bemerkenswerth sind: Skopolamin-Morphiumnarkose, locale Anästhesirung der Schnittlinie durch Novocaininjection, der Kehlkopfschleimhaut (nach Eröffnung der Kehlkopfhöhle) durch Bepinselung mit Cocain-Adrenalinlösung. Wenn es angeht, keine Tamponcanüle, jedenfalls Kocher'sche Schräglage mit Hängelage des Kopfes. Ausgiebige Exstirpation des Kranken im Gesunden unter künstlicher Beleuchtung mit elektrischem Lämpchen. Vernähung der Schildknorpelhälften durch das Perichondrium, ebenso des oberen Abschnittes der äusseren Wunde, während der untere Abschnitt im Bereich der Trachea offen bleibt und nur lose tamponirt wird.

Die geschilderte Operation ist so einfach, ihre Chancen sind so vortrefflich, dass Verf. mit Recht die Versuche auf intralaryngealem Wege Carcinome zu exstirpiren verwirft, obwohl das einige Male gelungen ist. Die intralaryngealen Eingriffe sind nicht harmlos, sie stellen beachtenswerthe mechanische Reizungen vor und tragen dazu bei, dass der günstige Zeitpunkt für die Thyreotomie versäumt wird. Aus diesen Gründen hält Verf. die endolaryngealen Operationen des Kehlkopfkrebses nicht bloss für unzureichend, sondern auch für schädlich, da sie den Kranken in der Regel nur Nachtheile bringen. Die grosse Zahl erfolgloser Versuche fände sich nirgends verzeichnet, aber er habe hierfür traurige Beispiele gesehen.

ZARNIKO.

74) **F. R. Nager** (Basel). **Ueber das primäre Trachealcarcinom.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 297. 1907.*

Zusammenstellung der Literatur seit der grundlegenden Bearbeitung dieser Erkrankung durch v. Bruns aus dem Jahre 1898 und Beschreibung eines eigenen Falles. Die meisten Fälle wurden im Alter von 50—60 Jahren beobachtet und zwar häufiger beim männlichen als weiblichen Geschlecht.

In weit vorgeschrittenen Fällen tritt ein Uebergreifen der Geschwulst auf die Nachbarorgane ein, so dass dann die Entscheidung der primären Localisation bedeutend erschwert ist.

Am häufigsten ist der breitaufsitzende, halbkuglige Tumor, der immer mehr ins Lumen hineinwächst und dieses verengt. Seltener sind die ausgebreitet infiltrirenden, die polypösen oder endlich die multipel auftretenden papillomatösen Formen.

Histologisch handelt es sich um Cancroide, solide oder Cylinderzellencarcinome. Die Symptomatologie des primären Trachealkrebses ist hauptsächlich bedingt durch die Verengerung des Tracheallumens: zur eigentlichen Krebskachexie kommt es selten. Die Prognose ist naturgemäss eine sehr trübe.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

f. Schilddrüse.

75) **C. W. Broers** (Utrecht). **Das Vorkommen von Schilddrüsenvergrösserung in der Provinz Utrecht. (Het voorkomen van vergrooting der schildklier in de provincie Utrecht.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 18. 1907.*

Anlässlich der bei der Militärprüfung constatirten Thatsache, dass in der Stadt Utrecht Schilddrüsenvergrösserung viel häufiger als in der übrigen gleichnamigen Provinz vorkommt, ist von der Gesundheitscommission eine Enquete veranstaltet worden. Die Ergebnisse sind folgende: In der Stadt Utrecht ist Schilddrüsenvergrösserung eine sehr häufige Affection. Deutliche Zeichen von Basedowscher Krankheit sind dabei selten; nervöse Symptome dahingegen häufig. Oft findet sich die Affection bei mehreren Personen aus einer Familie. Sie kommt viel häufiger bei Frauen als bei Männern vor; ist aber auch bei letzteren nicht selten. Die Vergrösserung ist in der Regel eine mässige. Sie findet sich selten bei Kindern unter 10 Jahren, am häufigsten zwischen 10 und 40 Jahren. Auf eine Beziehung

der Frequenz zu der Wasserversorgung oder zu der Art des Bodens hat nichts hingewiesen.

In den verschiedenen Wässern, welche in der Provinz Utrecht getrunken werden, wurde ein Gehalt von resp. 0,01, 0,02 und 0,05 mg an Jod pro Liter Trinkwasser, also gewiss kein hohes Verhältniss, constatirt.

H. BURGER.

76) **Louis B. Wilson. Die pathologischen Veränderungen in der Schilddrüse auf Grund des pathologischen Befundes in 275 Fällen von Morbus Basedow. (The pathological changes in the thyroid gland based on the pathological findings in 275 cases of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 18. Juli 1908.*

In den frühsten Stadien acuter Fälle fand sich Hyperämie und Zellhyperplasie, in späteren Stadien bei schwereren und sehr schweren Fällen Zunahme des Parenchyms und zwar kann man — allgemein gesprochen — sagen, dass diese in directem Verhältnisse zu der Intensität der Symptome stand; in vielen Fällen war eine Vermehrung des resorbirbaren Secrets zu constatiren. In Fällen, in denen klinisch ein Nachlassen der toxischen Symptome nachweisbar war, zeigte sich die Abnahme der Function in der Drüse in der Exfoliation oder Abplattung der Parenchymzellen oder die Abnahme der Resorption in der Anwesenheit von dickem, gelatinösem, färbbarem Secret, dem sogenannten „Colloid". Fälle, die von den toxischen Erscheinungen geheilt waren und nur noch an den lange vorher acquirirten Herz- oder Nervenaffectionen litten, zeigten abgeplattetes, nicht secernirendes Epithel und grosse Mengen „Colloid".

Die leichten Fälle von langer Dauer sind fast immer Adenome, bei denen zwar eine Totalzunahme des Parenchyms durch Vermehrung der Alveolen, jedoch keine wesentliche Vermehrung der Functionskraft der einzelnen Parenchymzellen vorhanden ist.

LEFFERTS.

77) **P. Ast. Ueber einen Fall von Tuberculose der Schilddrüse.** *Dissertation. Erlangen 1906.*

Der 25 Jahre alte Landwirth war an multipler Knochentuberculose und Tuberculose des Kehlkopfs und der Lungen gestorben. Die Schilddrüse war bei der Section fast ganz verkäst; immerhin muss noch genügend normalfunctionirendes Schilddrüsengewebe bestanden haben, da Ausfallserscheinungen gefehlt hatten.

An Hand der Literatur Besprechung des Krankheitsbildes.

OPPIKOFER.

78) **Simon** (Paris). **Die Tuberculose der Schilddrüse nebst einem Fall von kaltem Schilddrüsenabscess. (La tuberculose du corps thyroide à propos d'un cas d'abcès froid thyroidien.)** *Progrès médical. No. 37. 12. September 1908.*

Es handelte sich um einen 42jährigen Mann, der in der Mittellinie des Halses einen kleinen völlig reactionslosen Tumor hatte. Die Schilddrüsenlappen, die anscheinend mit diesem Tumor in keinem Zusammenhang standen, waren völlig intact. Pat. hatte ausserdem einen kalten Abscess an der Hüfte. Der Tumor erwies sich als ein Abscess der Schilddrüse; er wurde incidirt, die Höhle curettirt.

Es blieb jedoch eine Fistel bestehen. Verf. räth, in solchen, übrigens seltenen Fällen die partielle Thyroidectomie zu machen. GONTIER de la ROCHE.

79) **O. von Wilucki. Zwei Fälle von Struma sarcomatosa.** *Dissert. München 1906.*

Bei dem ersten Falle stellten sich ungefähr 15 Monate nach erfolgreicher Operation des linken sarkomatösen Schilddrüsenlappens Metastasen im Wirbelcanal ein und führten unter äusserst qualvollen Ausfallserscheinungen des unteren Theiles des Rückenmarks zum Exitus.

Bei dem zweiten Falle brach die nicht operirte maligne Struma allmählich in Oesophagus und Trachea durch. OPPIKOFER.

80) **O. Kurrer. Zur Kenntniss der Struma sarcomatosa.** *Dissert. München 1906.*

Die sarkomatöse Struma führte bei der 67jährigen Frau zu Metastasen im Gehirn und den Mediastinaldrüsen. Tod an Kachexie. OPPIKOFER.

81) **Lewellys F. Barker. Die Diagnose der Basedow'schen Krankheit. (The diagnosis of the ophthalmic goiter.)** *Journal of the American Medical Association. 12. October 1907.*

Verf. bespricht ausser den drei Cardinalsymptomen auch die übrigen diagnostischen Zeichen: die Herzgeräusche, psychische und nervöse Erscheinungen, das Graefe'sche Zeichen nebst den anderen Augensymptomen, die Hautpigmentation, die vasomotorischen Erscheinungen, die Stoffwechselveränderungen etc. Der Muskeltremor ist so häufig, dass ihn Verf. mit Marie als viertes Cardinalsymptom gelten lassen möchte. EMIL MAYER.

82) **Albert Kocher. Die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *Journal of the American Medical Association. 12. October 1907.*

Von 3460 Kropfoperationen, die auf der Kocher'schen Klinik vorgenommen wurden, betrafen 315 an 254 Patienten Fälle mit Basedow'scher Krankheit. Unter den letzten 91 an 63 Patienten vorgenommenen Operationen war kein Todesfall. Im Ganzen wurden nur 9 von den 254 Patienten verloren (3,5 pCt.).

EMIL MAYER.

83) **W. Edmunds. Behandlung der Basedow'schen Krankheit mit der Milch schilddrüsenloser Ziegen. (Treatment of Graves' disease with the milk of thyroidless goats.)** *Lancet. 25. Januar 1908.*

Verf. berichtet über 3 Fälle, die alle vergebens mittels der verschiedensten Methoden behandelt wurden, bis durch das Trinken von Milch thyreodectomirter Ziegen Besserung erzielt wurde. Die Entfernung der Schilddrüse bei Ziegen ist sehr leicht; das beste Alter für die Thiere ist 2—3 Jahre. ADOLPH BRONNER.

g. Oesophagus.

84) **Janczuvowicz. Beitrag zur Diagnose und Therapie der Oesophagusdilatation. (W sprawie vospoznawania i leczenia vozczeneú pnelyku.)** *Gazeta Lekarska. No. 36, 37. 1908.*

Auf Grund von Beobachtung von 3 Fällen von Oesophagusdilatation kommt Verf. zu folgenden wichtigen Schlüssen: 1. Es ist falsch, aus dem klinischen Bild einen Schluss auf die Pathogenese des Falles zu ziehen. 2. Der einzige unmittelbare und nächste Grund zur Erweiterung des Oesophagus ist dessen Atonie. Diese kann primär sein und in diesem Fall entwickelt sie sich immer zu gleicher Zeit und gleichmässig mit dem Spasmus cardiae, oder secundär, wenn der Spasmus cardiae präexistirt. In jedem Fall jedoch von Atonie und Erweiterung des Oesophagus muss der Spasmus cardiae von geringerer oder grösserer Beständigkeit coexistiren, und dessen Fehlen bei Oesophagusdilatation muss man nicht als eine Annäherung an einen Typus von pathologisch normalen Verhältnissen ansehen, sondern als eine Complication der Oesophagusdilatation. 3. Ein fernerer Factor bei der Bildung der Atonie des Oesophagus ist vor Allem eine fehlerhafte Art von Kauen und eine allgemeine Schwäche. 4. Sogenannte Divertikel des unteren Theiles des Oesophagus existiren nicht und die unter diesem Namen beschriebenen Fälle sind eigentlich Oesophagusdilatationen. Divertikel in dem unteren Theile des Oesophagus können nur secundär erscheinen auf Grund der Dilatation als Folge der weiteren Evolution. 5. Die Rumpel'sche Methode (Unterschied der Divertikel von Oesophagusdilatation) hat keinen Werth; denn sie kann zu einem Ergebniss führen, welches Divertikel anzeigt in der gewöhnlichen Oesophagusdilatation und zwar besonders dann, wenn nach Abfluss einer gewissen Menge der Flüssigkeit durch die gelöcherte Sonde der Druck in beiden Höhlen (Oesophagus und Magen) gleich war. 6. Spasmus cardiae vergrössert sich in der Periode der Forcirung der dilatatirten Wände und nimmt ab in der Periode von genügender Bewegungsmöglichkeit der Oesophagusmusculatur. 7. In der Oesophagusdilatation können Speisen vom vorigen Tage stagniren; dies kann abhängig sein von ungenügendem Kauen von härterer Nahrung (letzteres ist meist Ursache von Bildung von Pfröpfen, d. h. mechanischer Verstopfung der supracardialen Gegend), von Complication der Divertikel mit Erweiterung, von ziemlich grosser Verkrümmung des Oesophagus, von grosser Erweiterung der Gegend an der Cardia (Birnenform der Dilatation), ferner überhaupt in der Periode ungenügender Muskelthätigkeit des erweiterten Oesophagus. 8. In normalen Verhältnissen erfolgt die Entleerung der Erweiterung in den Magen in genügender Weise von selbst mit Hülfe von eigenen peristaltischen Bewegungen des Oesophagus und des Oeffnens der Cardia von Zeit zu Zeit. Auf die Entleerung hat auch der hydrostatische Druck der Säule des Inhalts auf die Cardia einen grossen Einfluss. A. v. SOKOLOWSKI.

85) **L. Liebl. Ueber traumatische Lungengangrän infolge von Oesophagusruptur.** *Dissert. Leipzig 1907.*

Im Anschluss an schwere körperliche Anstrengung Zerreissung der Speiseröhre bei 46jährigem Mann; Mediastinitis, Lungengangrän, Exitus.

Verf. nimmt an, dass ursprünglich ein Fractionsdivertikel der Speiseröhre bestanden hätte, das dann Veranlassung zur Perforation gab; bei der secundären Eiterung wurde das Divertikel zerstört und war deshalb bei der Section nicht mehr nachzuweisen. OPPIKOFER.

86) **Pastour. Ueber die Behandlung von Fremdkörpern der Speiseröhre. (De la conduite à tenir en présence de corps étrangers de l'oesophage.)** *Dissert. Paris 1906.*

Bei Besprechung der verschiedenen Methoden wird die Oesophagoskopie nicht genügend berücksichtigt. OPPIKOFER.

87) **E. Henrard. 15 Fälle von Fremdkörperextraction aus dem Oesophagus beim Kinde vermittelst einer Zange mit gleitender Branche unter dem radioskopischen Schirm in der Seitenlage. (Quinze cas d'extraction de corps étrangers de l'oesophage chez l'enfant au moyen d'une pince à branche glissante sous l'écran radioscopique dans l'examen latéral.)** *Sonderabdruck aus dem Journal Belge de Radiologie. 1907.*

Mittheilung auf dem 2. Congress für Physiotherapie in Rom Anno 1907. Die Haward'sche Zange wurde früher schon hier beschrieben, das Uebrige besagt der Titel der Mittheilung. (Vergl. Haward: 9 Fälle von Fremdkörperextraction etc. 1906.) BAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Kuttner** (Berlin). **Die entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen der Nase im Röntgenbild.** Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 1908.

Den 20 photographischen Tafeln, die nach Originalaufnahmen von der Elektricitätsgesellschaft „Sanitas“ in Berlin hergestellt sind und ausgezeichnete klare Bilder liefern, ist ein kurzer Text beigefügt, welcher sich bezieht auf Darstellung der Technik und des Instrumentariums und auf eine kurze Besprechung des Werthes der Röntgenaufnahmen für die Diagnose und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen. Wir stimmen vollkommen mit Kuttner darin überein, dass man niemals, auch bei ausgesprochen positivem Befunde, aus der Röntgenaufnahme allein diagnostische oder therapeutische Schlussfolgerungen ziehen darf, dass in dubio stets die klinische Untersuchung entscheidet, dass wir aber doch im Röntgenverfahren ein ausgezeichnetes, ja geradezu glänzendes Hilfsmittel für die Diagnose und Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase besitzen. Die Beiträge, welche Kuttner in seinem Atlas liefert, werden für die Rhinologen als äusserst werthvoll zu bezeichnen sein. Seifert (Würzburg).

---

b) **Joseph Weigel. Die Halskrankheiten bei den alten griechischen und römischen Aerzten.** Benno Konegen, Leipzig 1907. 207 Ss. 8. M. 4.

Der Verfasser, ein guter Kenner der griechischen uund lateinischen Sprache, hat es sich angelegen sein lassen, nach eigenem Studium die Angaben der alten griechischen und römischen Aerzte über Halskrankheiten von neuem zusammenzustellen. Seine Uebersetzung und Auffassung weicht in manchen Punkten von den bisherigen Bearbeitern ab, auf welcher Seite das Recht liegt, wagt Ref. nicht zu entscheiden.

So interessant es ist, den Spuren unserer Vorgänger nachzugehen, das Facit, das wir aus der Weigel'schen Monographie ziehen können, ist eben kein grosses. Zweifelsohne haben die alten Aerzte zahlreiche Halsaffectionen gesehen und beschrieben, und neben vielen ganz unglaublichen und unvernünftigen Rathschlägen finden wir auch viele therapeutische Maassnahmen, die heute noch zu Recht bestehen, wie Gurgelungen, Umschläge, Pinselungen, Inhalationen, Scarificationen, Tracheotomie etc. Sehr viele Krankenberichte sind doch aber so unklar und so verworren, dass es ganz unmöglich ist, danach zu entscheiden, welche Affection vorgelegen hat. Um einfache Anginen, Diphtherie, Croup, phlegmonöse Processe oder gar bestimmte Kehlkopferkrankungen aus den Schilderungen der Alten herauszuerkennen, dazu gehört oft recht viel Phantasie, und so können wir die scharfe Beobachtungsgabe der alten Schule nicht genügend würdigen, weil gar zu oft im Unklaren bleibt, welcher Prozess vorgelegen hat. A. Kuttner.

---

c) **E. B. Waggett,** M. A. M. B. B. C. **Nasenkrankheiten. (Diseases of the nose.)**

Dieses kleine Buch erscheint als eine der „Oxford Medical Publications". Es trägt gleichzeitig dazu bei, den guten Ruf, den diese Veröffentlichungen geniessen, sowie das Ansehen des Verfassers zu vermehren. Es hat mit allem bisher über dasselbe Thema erschienenen Büchern keinerlei Aehnlichkeit und liest sich, als wenn es sich um eine belehrende Unterredung handelt, die ein Fachmann mit älteren Studenten hat, die mit dem Studium der Spezialität beginnen. Man könnte denken, es handelt sich um ein Colleg mit klinischen Demonstrationen in irgend einer über reiches Material verfügenden Klinik für Nasenkranke. Verf. sagt in der Vorrede, dass das Buch für den von Nutzen sein wird, der weder die Gelegenheit noch die Neigung hat, ein gründliches Studium der Rhinologie durchzumachen.

Die beiden ersten Capitel behandeln die Entwickelungsgeschichte, Anatomie und Physiologie der Nase; der Text ist reichlich durch ausgezeichnete Semi-Diagramme illustrirt, von denen einige vom Verf. selbst gezeichnet sind. Dem Leser wird es angenehm auffallen, mit welcher Kunst es dem Autor gelingt, die wesentlichsten Thatsachen klar und verständlich darzustellen.

Das Capitel über die Untersuchung der Nase verdient von Anfängern immer wieder gelesen zu werden, denn die hier gegebenen Fingerzeige und Winke sind von unschätzbarem Werth. Die Diagramme sind gut, sagen aber natürlich dem Kenner mehr als dem Anfänger. Was die Digitalexploration des Nasenrachens anbelangt, so möchte Referent bezweifeln, ob es stets möglich sein wird, den

Widerstand eines starken Mannes oder eines kräftigen Schulknaben zu überwinden. Waggett macht interessante Bemerkungen über das Thema von den „Erkältungen"; er meint, man könne die Entstehung von adenoiden Vegetationen durch „gute häusliche Hygiene in Verbindung mit intensiven ständigen Muskelübungen" vermeiden. Wir freuen uns, dass W. die allgemeine Narkose bei der Operation der Adenoiden für nothwendig hält und zwar hauptsächlich aus Gründen der Menschlichkeit, und dass er auf die Wichtigkeit der Operation vor dem 5. bis 6. Lebensjahr hinweist nach welchem Alter die Skelettdeformationen nicht mehr leicht beseitigt werden können.

Bei der Aetiologie der Septumdeviationen ist der neuen werthvollen Publication von Mosher über diesen Gegenstand keine Erwähnung gethan. Wir meinen, es wäre empfehlenswerth gewesen, über die Technik der Injection des Localanästheticums bei der submucösen Resection, auf die z. B. Killian so grossen Werth legt, mehr Details zu geben.

Das XI. Capitel enthält eine kurze aber ausgezeichnete und gut illustrirte Beschreibung der Anatomie des Antrum. Verf. betont, wie wir zu unserer Freude constatiren, die Wichtigkeit, die der frühzeitigen Erkennung und Behandlung der acuten Entzündungen dadurch zukommt, dass auf diese Weise die Zahl der chronischen Affectionen bedeutend verringert werden kann. Sehr richtig weist Waggett darauf hin, dass bei der Radicaloperation nur die erkrankte Schleimhaut zu entfernen ist; er warnt vor dem Princip die Schleimhaut völlig zu entfernen, was unweigerlich zu einer prolongirten Eiterung führen muss. Ref. hält es für rathsamer, die vordere Conchotomie als ersten Theil der Radikaloperation von der Fossa canina aus vorzunehmen, weil, wenn man sie zum Schluss macht, Schwierigkeiten dadurch entstehen, dass die Nasenhöhle mit Blut erfüllt und unübersichtlich ist.

Verf. empfiehlt die Eröffnung von der Nase aus nicht. Er hat dabei unsere volle Zustimmung. Was hat es für einen Sinn, im Dunkel zu gehen, wenn man volles Licht haben kann?

Die Capitel über Stirnhöhlen-, Siebbein- und Keilbeinempyem sind klar geschrieben und enthalten die hauptsächlichsten Thatsachen. Die Behauptung, dass septische Osteomyelitis stets nur im Gefolge der Operation eintritt, stimmt schwerlich mit den Thatsachen überein. Ref. hat einen tödtlich verlaufenden Fall gesehen, in dem die Osteomyelitis, lange bevor die Operation ausgeführt wurde, begann.

Das letzte Capitel, das von den Reflexneurosen handelt, lässt in seiner verständigen, wohl abgewogenen und maassvollen Form nichts zu wünschen übrig. Es ist zu hoffen, dass mancher Enthusiast durch seine Lectüre bewogen wird, zu überlegen, bevor er operirt.

Das kleine Buch, das Sir Felix Semon zugeeignet ist, scheint im ganzen genommen dem Referenten vielleicht darum fast jenseits aller Kritik zu stehen, weil es seine eigenen Anschauungen und Grundsätze mit grosser Treue wiedergespiegelt; haben doch beide, Autor und Referent, vor Jahren ihre specialistische Thätigkeit unter demselben Dach ausgeübt, beide von dem gleichen, aber in heilsamen Grenzen gehaltenen Enthusiasmus beseelt. Herbert Tilley.

---

d) Jahres-Versammlung der belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft

vom 27., 28. und 29. Juni in Brüssel.

Vorsitzender: Delmarcel (Löwen).

Der Präsident eröffnet die Sitzung am 27. Juni Abends; er spricht das Bedauern der Gesellschaft über das Hinscheiden seines hervorragendsten Ehrenmitgliedes, des Prof. von Schrötter aus Wien, aus und widmet ihm einen warmen Nachruf.

Darauf begrüsst er die zahlreich erschienenen ausländischen Gäste und dankt ihnen, dass sie durch ihre Gegenwart und ihre Mittheilungen, den Sitzungen ein besonderes Interesse verleihen.

Es findet sodann die Aufnahme neu angemeldeter Mitglieder statt und auf den Vorschlag des Comité's hin wird Bayer (Brüssel) für seine langjährigen Verdienste um die Gesellschaft mit Acclamation zum Ehrenmitglied ernannt.

Nach Constituirung des Bureaus für das kommende Jahr wird zur Besprechung des rückständigen Berichtes von Fernandés übergegangen über die

I. Anaesthetica in der Otorhinolaryngologie.

Weder der Bericht noch die Discussion, an welcher sich der Reihe nach Cheval, Broeckaert, Janquet, Lubet-Barbon (Paris), Schepens (Rouen) betheiligen, fördern wesentlich Neues zu Tage und konnte man daher ziemlich rasch übergehen zur

II. Demonstration anatomischer und anatomo-pathologischer Präparate.

Hennebert: Angiosarkom der Fossa piriformis.

Bösartige Paralaryngealgeschwulst bei einem 54jährigen Mann; dieser Tumor, welcher den Träger nur wenig genirte, nahm die vordere Hälfte der rechten Fossa piriformis ein; seine Oberfläche war himbeerartig, mit tiefen multiplen Incisuren: die oberflächlichen Partien waren transparent, seine Ansatzstelle breit, ohne irgend welche Adhärenz an der Pharynxwand noch mit der ary-epiglottischen Falte. Die von Trétrop vorgenommene mikroskopische Analyse verwies den Tumor zur Gruppe der „Angiosarkome". Rasches Recidiv; nach 2 Monaten neue Entfernung mit darauffolgenden galvanokaustischen Aetzungen; $2^1/_2$ Monate darauf war die ganze Fossa piriformis von der Neubildung besetzt, den rechten Aryknorpel bedeckend, und zum Theil das Lumen des Kehlkopfes verdeckend. Die Operation bestand nach vorausgeschickter Tracheotomie mit Tamponade des Larynx in einer lateralen Pharyngotomie nach Laurens. 10 Tage darauf starb Patient an Herzinsufficienz.

Lenoir (Brüssel) zeigt vor:

1. einen Fremdkörper im Masseter (über den schon anderweitig referirt wurde);

2. einen besonderen Tumor einer adenoiden Wucherung: das Präparat stammt von einem Erwachsenen her und stellt einen glatten, abgerundeten, auf einer Vegetation inserirten Tumor dar, über dessen Natur nichts verlautet;

3. einen voluminösen Ohrpolypen.

Higguet (jr.) zwei Nasenrachenfibrome auf natürlichem Wege mit Doyen'scher Zange entfernt. Diagnose mikroskopisch bestätigt.

Rousseaux schliesst daran das Vorzeigen eines sehr voluminösen Nasenrachenpolypen, welchen er ebenfalls auf natürlichem Wege entfernt hatte.

III. Vorzeigen von Instrumenten.

Janquet (Brüssel) zeigt ein tragbares Untersuchungsetui vor, einen ganz kleinen mit einer Celluloidhülse geschützten Accumulator enthaltend. Neben ihm befindet sich ein einfacher Kirstein'scher Stirnphotophor mit einer Metallfadenlampe. Ein Reservespiegel ist auch noch darin untergebracht. Endlich zwei aseptische Metallschachteln, wovon die eine dazu bestimmt ist, die gebrauchten Instrumente aufzunehmen, während die andere eine reichliche Anzahl von gebräuchlichen Untersuchungsinstrumenten enthält.

Raoult (Nancy): Beleuchtungsapparat und Lilliput-Accumulator für die Oto-Rhino-Laryngologie.

Delsaux zeigt den Apparat vor, da der Autor verhindert ist, der Sitzung beizuwohnen. Derselbe repräsentirt einen Accumulator von 2 Volt und 5 Stunden Ampère, den man bequem in die Westentasche stecken kann. Ein Photophor von sehr reducirter Dimension mit einer Metallfadenlampe gestattet eine hinlängliche Beleuchtung bei Krankenuntersuchungen in den Wohnungen. Der Accumulator lässt sich mit Elementen oder durch Einschalten in die öffentliche Stromleitung laden.

Trétrop (Antwerpen): Aseptische Instrumententräger.

Stativ mit cylindrischen Höhlen für die Aufnahme der Handgriffe von Instrumenten, welche so nicht mehr den Untersuchungstisch verunreinigen.

Tétrop: Vereinfachte elektrische Beleuchtung für Untersuchungen auswärts.

Der Autor adaptirt an extraleichte Stirnphotophoren ganz kleine sog. Taschenlampen von 3 Volt und bringt sie durch ihre Batterie zum Glühen. Aeusserst leicht und ideal einfach gestattet dieser Photophor Untersuchungen in den Krankenwohnungen vorzunehmen.

Vormittagssitzung vom Sonntag, den 28. Juni, im St. Johanneshospital.

IV. Krankenvorstellungen.

Roland (Brüssel): Sinusitis maxillaris und Syphilis.

Vorstellung einer Frau von 38 Jahren, bei welcher R. hintereinander die Luc-Caldwell und die Killian'sche Operation wegen einer linksseitigen Sinusitis frontomaxillaris vorgenommen hatte. Das Resultat war nicht ausreichend, um den Eiterungsprocess zum Stillstand zu bringen. Syphilis vermuthend, leitete der Autor eine antisyphilitische Behandlung ein und operirte einige Zeit nachher



von Neuem. Diesmal trat definitive Heilung ein, eine sehr wenig bemerkbare Deformation hinterlassend trotz der wiederholten Operationen.

Delsaux (Brüssel): Fünf Fälle von bösartigen Tumoren der Nasennebenhöhlen.

Obgleich nicht selten, kann man doch derartige Fälle nicht häufig nennen. D. berichtet über 5 Beobachtungen. Es handelte sich um Sarkome und Epitheliome, welche alle mehr oder weniger rasch recidivirten und innerhalb 12 bis 18 Monaten tödtlich endeten. Die Interventionen wurden immer von aussen so ausgiebig und vollständig als möglich vorgenommen. In einem Falle machte D. die Totalresection des Oberkiefers. Angesichts des enttäuschenden Resultates seiner Operationen fragt sich der Autor, ob man überhaupt operiren und welches Verfahren man einschlagen soll. Er ist für die vollständige und unverzügliche Resection des Oberkiefers eingenommen, nöthigenfalls mit Inbegriff der anderen Nebenhöhlen, da die endosinusalen Operationen nothwendiger Weise incomplet seien.

D. betont die Nothwendigkeit, die Lymphdrüsenkette ebenso gut als die einzelnen Lymphdrüsen zu entfernen, und macht darauf aufmerksam, dass dies zwar für die äusseren Halsdrüsen ausführbar ist, nicht aber — wenigstens zur Jetztzeit — für die Pharyngealdrüsen.

Discussion:

Jacques (Nancy) hat im vorigen Jahre in der französischen Gesellschaft eine von der Delsaux's wesentlich abweichende Meinung ausgesprochen. Er giebt zu, von der Nothwendigkeit, den Oberkiefer aufzuopfern, noch nicht überzeugt zu sein in allen Fällen von bösartigen Geschwülsten der Highmorshöhle, so z. B. räth er, nur den Boden der Orbita wegzunehmen in einem Fall von auf den Alveolarfortsatz des Sinus beschränktem Tumor. Das Recidiv in diesem Falle, wenn es eintreten sollte, etablire sich in der Wange, dem Gaumensegel, der Pharynxwand, den Lymphdrüsen, kurz in den Continuitätsgeweben des degenerirten Herdes und nicht auf der entgegengesetzten Wand.

Jaques (Nancy): Einige Fälle von Gesichtspolysinusiten operirt mit der Radicalcur.

Seit ca. $3^1/_2$ Jahren hat J. 16 Kranke mit Gesichtspolysinusiten operirt. Im Allgemeinen waren es chronische Affectionen entweder der Stirn-, Siebbein- und Oberkieferhöhlen oder auch zu gleicher Zeit der Keilbeinhöhle. 3 Kranke litten an einer bilateralen chronischen Eiterung der Stirn-, Siebbein- und Kieferhöhlen mit Mitleidenschaft des Siebbeins. In 4 Fällen war das Keilbein angegriffen, jedoch nur einseitig.

Aus der Gesammtheit dieser Beobachtungen ergeben sich einige Punkte, auf welche der Autor seine Collegen aufmerksam zu machen sich erlaubt im Verlauf der Krankenvorstellung; 3 derselben sind nicht vollständig geheilt; eine rechtsseitige Frontoethmoidal- und maxillarsinusitis recidivirte in der Stirnhöhle nach einer Geburt. Bei dieser Kranken war das Siebbein nur in seinem vorderen Theile weggenommen worden. Ein an bilateraler Polysinusitis operirter Kranker bekam ein Recidiv in der linken Stirnhöhle: das Nasenbein der einen Seite wurde erhalten

zur Verhütung einer Deformation des Nasenskeletts; ein Kranker endlich wurde nur auf der einen Seite an Frontoethmoidalsinusitis operirt aus nicht medicinischen Gründen.

Bezüglich des Operationsverfahrens hielt sich J. im Allgemeinen an das von Moure zur Entfernung bösartiger Siebbeintumoren angegebene Verfahren mit leichten Modificationen. Es ist unmöglich, ein ganz bestimmtes Verfahren einzuhalten, man muss individualisiren.

Für die bilateralen Polysinusiten wäre es gefährlich, die Nasenbein- und aufsteigenden Oberkieferäste vollständig zu entfernen. Zweimal hat der Autor den linken Frontalsinus vom rechten Sinus aus curettirt, und konnte auf diese Weise den vorderen Siebbeintheil wegnehmen. Zweimal hat er das Kuhn'sche Verfahren ausgeführt.

Nichts hindert, alle Sinus auf einmal zu operiren, wenn man mit der Technik vertraut ist, worüber sich der Autor schon anderweitig ausgesprochen hat.

Discussion:

Broeckaert lässt systematisch die untere Muschel und die hintere Hälfte der nasalen Kieferhöhlenwand bestehen. Was das einzuschlagende Verfahren betrifft, so hinge das von der anatomischen Disposition des Sinus und der Ausdehnung der Läsionen ab, denn unsere Untersuchungsmethoden, so ausgebildet sie auch sein mögen, sind nicht im Stande, uns einen ganz exacten Aufschluss über alle diese Punkte zu geben.

B. eröffnet den Sin. front. von seiner unteren Wand aus, explorirt denselben und entscheidet sich dann für die Art und Ausdehnung der Intervention. Immer entfernt er die vorderen Siebbeinzellen.

B. kann sich nicht mit der Meinung Moure's einverstanden erklären, dass die Ogston-Luc'sche Methode für die Behandlung der Frontalsinusitis classisch sei; er greift bald zu dem Verfahren von Jaques, bald zu dem Killian's, bald zu dem zuvor genannter Autoren. An den grossen Höhlen erhält er sich knöcherne Brücken als Stützen und hat dieserhalb noch keine entstellenden Einsenkungen zu beklagen gehabt.

Delsaux erklärt sich im Wesentlichen mit Broeckaert einverstanden.

Gaudier (Lille): Ein vor 9 Jahren laryngostomirter Kranker.

Interessant ist an der Vorstellung, dass die Intervention vorgenommen wurde ehe überhaupt die ersten Arbeiten über die Laryngostomie zur Veröffentlichung kamen. Es handelt sich im Grunde genommen um eine „unbewusste" Laryngostomie bei einem 17jährigen Mädchen, welches seit seinem 9. Lebensjahre mit einer sehr harten, keineswegs membranartigen subglottischen Stenose mit einer linksseitigen ovalären Oeffnung behaftet ist. Die Stenose war die Folge von Kehlkopfgeschwüren, die mit Milchsäure behandelt wurden. Im Alter von 16 Jahren veranlassten dyspnoetische Erscheinungen eine tiefe Tracheotomie bei dem Mädchen, 14 Tage später mediane Thyrotomie und Ausschneiden der die Stenose bedingenden fibrösen Masse; behufs Stillung einer sehr reichlichen Blutung Dauertamponade und Vereinigung der 2 Schildknorpelplatten mit der Haut vermittelst Catgutnähte. Eine intercurrente Pneumonie verhinderte die Vornahme der Sutur, aber trotzdem

wird die Tamponade erneuert und alle 2 Tage der Verband gewechselt. 14 Tage nach der Operation granulirt die Wunde derart, dass man nicht mehr an einen Schluss des Kehlkopfs denken kann. Während 8 Monate wird der Gazeverband methodisch und sorgfältig erneuert, so dass bis dahin der ganze Larynx epidermisirt und sein Caliber vollständig normal ist. G. nahm dann eine plastische Operation vor mit Erhaltung des Calibers des Respirationsrohrs vermittelst eines dicken Cautschucdrains. Dieser wird nach 25 Tagen entfernt und ersetzt durch die Dilatation mit den Schrötter'schen Röhren. 5 Monate später wurde die Canüle entfernt. Patient blieb 7 Jahre lang dem Autor aus dem Gesicht, woher es kommt, dass die Bearbeitung bis jetzt nicht veröffentlicht wurde.

Delsaux (Brüssel): An subglottischer Narbenstenose vor mehr als 2 Jahren laryngostomirter Kranker (Canülenträger) augenblicklich geheilt.

Es handelt sich um einen 22jährigen Mann, welcher sich eine quere Halswunde mit Einschluss der Trachea beigebracht hatte; letztere wurde genäht. Nach einiger Zeit stellte sich eine subglottische Stenose mit Immobilisation zuerst des linken und dann des rechten Stimmbandes ein. Es musste die Tracheotomie vorgenommen werden mit Einlegung einer Dauercanüle.

Eine Laryngofissur mit forcirter Dilatation des Narbengewebes und Einführung einer Erweiterungscanüle ergab nicht das geringste Resultat, ebensowenig als die über ein Jahr mit der grössten Geduld fortgesetzte innere Dilatation. Am 1. November 1907 classische Laryngostomie. Progressive Cautschucröhrenerweiterung nach Einschneiden des Narbengewebes. $3^1/_2$ Monate später Plastik der Trachea vermittelst zweier Hautflächen, deren wunde Flächen gegenseitig adaptirt werden. Perfectes Resultat. Die Stimme ist noch rauh, aber das linke Stimmband hat die Tendenz, sich zu regeneriren. Laryngoskopisch keine Stenose mehr sichtbar.

Beco (Lüttich): Laryngotracheostomie und Laryngotrachealpapillome.

B. hat die „Stomie“ (Mundanlegung) in drei Fällen von recidivirenden Papillomen bei Kindern angewandt, der erste Kranke war ausserdem noch Träger einer Narbe, so dass die Methode der Cautschucröhrendilatation classisch innegehalten werden konnte. Dagegen wurde im zweiten Falle das Cautschucrohr am 13. Tage entfernt und im dritten Fall am vierten Tage. B. ist sogar bestrebt, die Canüle sehr schnell zu entfernen (nach zwei oder drei Wochen), um den Fremdkörper so schnell als möglich aus dem Wege zu schaffen, weil er immerhin reizend wirkt und im Stande ist, den papillomatösen Process zu unterhalten.

Der erste Kranke im Alter von 10 Jahren, am 3. November 1907 operirt, hat seit 4 Monaten kein Recidiv mehr gezeigt; er trägt auf seiner Wundöffnung einen einfachen Heftpflasterstreifen.

Der zweite Kranke, 14 Jahre alt, wurde am 3. Mai 1908 operirt; ein einziges Papillom war nach 6 Wochen bei ihm nachgewachsen, er konnte aber seine Beschäftigung einen Monat nach der Operation wieder aufnehmen, zuerst mit einem Schutzverbande und hernach mit einem einfachen Heftpflasterverschluss.

Der dritte Kranke, 4 Jahre alt, welcher weit verbreitete Kehlkopfpapillome hatte, hat schon Recidiv von diffusen Papillomen; die Laryngostomie macht es möglich, denselben neben einer allgemeinen Medication mitverschiedenen Topicis zu behandeln.

B. meint, dass die Papillome im Allgemeinen und speciell die des Larynx ein sehr wechselndes Verhalten zeigen in Bezug auf Recidiv und Weiterverbreitung. Er hat sich nun bemüht, die vollständige Ausrottung zu combiniren mit der galvanischen und chemischen Cauterisation der Ansatzstellen.

Die directe Laryngo-Tracheoskopie scheint gegenwärtig die ideale Methode zu sein, jedoch ziemlich häufig fehl zu schlagen. Die tiefe Tracheotomie hat dem Referenten trotz der Erfolge, welche man ihr zugeschrieben, gar kein Resultat gegeben. Für B. ist die Laryngostomie die Zukunftsmethode in Fällen, welche den anderen Verfahren widerstehen, weil sie die Ueberwachung und verlängerte Behandlung gestattet. Endlich schlägt er für die Fälle, bei welchen man früher die Tracheotomie anwandte, vor, „die Dauercanüle systematisch durch die prolongirte oder definitive Laryngostomie zu ersetzen, weil diese besser ertragen werde und eine geringere Pflege erheische ohne dafür mehr Unannehmlichkeiten mit sich zu führen."

B. stellt seine 3 Kranken vor und fragt um den Rath seiner Collegen, hauptsächlich über die Zweckmässigkeit der Stomie bei Papillomatösen und über die Wahl der allgemeinen sowie localen Behandlungsweise gegenüber dem Krankheitsprocess.

Janquet (Brüssel): Laryngostomie wegen vollständiger Narbenstenose des Kehlkopfs bei einem $5^1/_2$jährigen Kinde.

6jähriges Kind im October 1907 mit Laryngostomie operirt. Der Kranke wurde in seinem ersten Kindesalter wegen Spasmus schlecht definirten Ursprungs intubirt und tracheotomirt; hatte darauf mehrere Behandlungen durchgemacht, konnte aber nie decanulirt werden. Bei der Untersuchung: eine Masse Narbengewebes, welches seinen Ansatz am Ringknorpel und den ersten Trachealknorpeln nimmt; oberhalb und unterhalb eine Fistel, welche den Branchen einer vor 2 Jahren von Prof. Chiari in Wien nach forcirter Dilatation eingesetzten Doppelcanüle zur Passage dient; seit Kurzem progressives Respirationshinderniss in Folge von Proliferation des fibrösen Gewebes. Stimmbänder und untere Trachea frei; Laryngostomie am 21. October vorigen Jahres. Folgen äusserst günstig, rascher Schwund der Verengerung, frühzeitige Entfernung der Metallcanüle und Ersatz derselben durch eine T-Canüle mit genauer Anschmiegung an die Form der Fistel. Gegenwärtig keine Spur mehr von Stenose; Verband seit 23. März vollständig weggelassen und Fistel mit einem Heftpflasterstreifen geschlossen. Das Kind, das bis dahin nie mit lauter Stimme gesprochen, übt seine Stimmbänder; die Stimme ist jetzt ganz deutlich, obgleich noch etwas schwer hervorzubringen. Der Autor hat sich an die von Sargnon und Barlatier angegebene Technik gehalten mit einigen Variationen in der Verbandweise.

Labarre (Brüssel): Ein Fall von Laryngostomie im Verlaufe einer Behandlung von absoluter Laryngotrachealobliteration.

Kind von 5 Jahren im Jahre 1908 von Dr. Cheval laryngostomirt wegen einer completen fibrösen Stenose des Kehlkopfs und des oberen Theils der Trachea nach Diphtherie. Der kleine Patient hatte schon zuvor eine Laryngofissur durchgemacht, ohne dass diese Intervention irgend ein Resultat ergeben hätte. Augenblicklich ist die Erweiterung perfect, und trotz der Schwere des Falles ist man berechtigt zu hoffen, dass das Kind in der nächsten Zukunft von seiner Canüle befreit wird.

Die Operation war relativ leicht. Dank der Einführung einer Oesophagussonde durch die Nasenhöhle konnte Ch. leicht die Oesophaguswand erkennen und, ohne derselben zu schaden, das an derselben adhärente Gewebe lospräpariren. — Der Verband, wie Sargnon und Barlatier bemerken, verlangt besonders peinliche Sorgfalt. Die Technik kann verschiedene Variationen eingehen; so hat im vorliegenden Fall der Autor die Vaselinstreifen, die dazu dienen, eine gewisse Compression auf die Dilatationsröhre auszuüben, durch eine zweite V-förmig gebogene Drainröhre ersetzt, welche auf die erste wie eine Feder wirkt. Vermöge dieser Modification machte die Dilatation sehr rasche Fortschritte und liess eine werthvolle Zeit gewinnen.

Discussion über die 6 vorgestellten Fälle von Laryngostomie:

Sargnon (Lyon) dankt seinem belgischen Collegen dafür, ihm eine so stattliche Zahl Operirter vorgestellt zu haben. Man könne dieselben in 2 Gruppen scheiden: narbige und papillomatöse Fälle.

1. Die narbigen: Delsaux' Fall ist vollständig geheilt, was die Respiration anlangt; die Plastik ist perfect; die Stimme natürlich rauh, wird sich aber mit der Zeit bessern.

Janquet's Fall ist sehr schön; die Schleimhaut ist ein wenig trocken, wie in allen Fällen von Laryngostomie. Es wäre später noch die Plastik vorzunehmen, mit Erhaltung einer Sicherheitsöffnung nach unten.

Der Fall Cheval's und Labarre's ist sehr complicirt in Folge der Ausdehnung der Läsion. Es wird wohl noch einige Zeit dauern, den Narbenkamm zu beseitigen; vielleicht wird eine neue Resection desselben angezeigt sein; jedenfalls ist das Resultat sehr ermunternd.

2. Die papillomatösen: Die von Beco vorgestellten Fälle sind sehr interessant. Die Heilung bei den zwei ersten ist perfect; was den dritten anbelangt, mit diffusen Papillomen der Stimmbänder und der hinteren Trachealwand, so wäre es vielleicht zweckmässig, Aetzungen (mit Arg. nitr., Zinc., Acid. lactici.) vorzunehmen. Die Untersuchung dieser Kranken gestattet die Behauptung, dass die Laryngostomie die gegebene Behandlung recidivirender Papillome darstellt. — Der Autor räth in Uebereinstimmung mit Beco, in chronischen Fällen die Tracheotomie durch die Stomie zu ersetzen; das fortwährende Tragen der Canüle führe effectiv grosse Unannehmlichkeiten (Bronchitiden, Trachealirritationen, reflectorische, ja sogar tödtliche) mit sich. In einigen Fällen ersetzt er die Metallcanüle durch eine Kautschukcanüle mit grossem Fenster.

was im Grunde genommen ein Zwischenglied zwischen Stomie und Tragen einer Metallcanüle bildet.

Gaudier (Lille) fragt sich, ob es nicht interessant wäre, bei dem Falle Cheval's und Labarre's nach Entfernung der Narben die Application einer langgestielten Transplantation zu versuchen. — Was die Behandlung der Larynxpapillome anbelangt, so sei sie geradezu erstaunlich; auch er sei der Meinung, dass die Laryngostomie in Fällen von Recidiven die ideale Methode bilde, da sich die Tracheotomie notorisch als unzureichend erwiesen habe.

Delsaux (Brüssel) unterstützt Gaudier's Ansicht hinsichtlich der Nutzlosigkeit der Tracheotomie bei recidivirenden Papillomen. Er erinnert an den Fall eines 16jährigen Mädchens, das im Alter von 7 Jahren tracheotomirt wurde und Trägerin von Papillomen war, die sich blumenkohlartig von der Bifurcation der Trachea bis zur Zungenmandel, Drüse mit einbegriffen, ausdehnten.

Guisez (Paris) hatte die Gelegenheit, mehrere Fälle vou multiplen Laryngeal- und Trachealpapillomen zu behandeln. Es gelang ihm, seine Kranken direct endoskopisch und tracheoskopisch, ohne vorausgeschickte Tracheotomie zu heilen. Er betont den Vorzug, keine eingreifendere Operation von aussen vornehmen zu brauchen; ausserdem hält er die Kautschukdilatation für reizend, während die Behandlung der Papillome vor Allem darnach trachten muss, jede Reizursache zu vermeiden.

Bayer (Brüssel) warnt ernstlich vor oberflächlichen Kauterisationen bei der Nachbehandlung von Papillomen, die auf intralaryngealem Wege zu entfernen ihm immer gelungen ist. Die Erfahrung hat gelehrt, und darin stimmen die meisten deutschen Laryngologen mit ihm überein, dass die Transformation von Papillomen in Epitheliome nach solchen viel häufiger stattfindet.

Schiffers (Lüttich) glaubt zwei Arten von Papillomen unterscheiden zu müssen und an die Möglichkeit, dieselben auf Grund ihrer histologischen Eigenschaften differenziren und so in Bezug auf Prognose und eventuell Recidiv wichtige Anhaltspunkte gewinnen zu können. Es ist wahrscheinlich, dass der Boden, auf welchem die Papillome nachwuchern, eine grosse Rolle spielt. Sch. ist ebenfalls der Meinung, dass man das Organ so wenig wie möglich reizen soll durch die wiederholte Einführung von Instrumenten in die Kehlkopfhöhle.

Janquet (Brüssel) hält die Laryngostomie für eine ausgezeichnete Operation; er ist der Ansicht, dass man so viel als möglich das fibröse Gewebe zum Schwinden zu bringen suchen müsse, um die Heilung zu befördern. Er ist ebenfalls für die möglichst frühzeitige Entfernung der Metallcanüle. Zu diesem Zweck hat er eine T-förmige Kautschukcanüle construiren lassen, deren vordere Röhre genau die Form der Laryngotrachealfistel annimmt, so dass die Dilatation noch weiter besteht. Als Ergänzung der Behandlung der Larynxpapillome empfiehlt er Einblasungen von Pulv. Sabinae und Alumin. crystallis. ana; diese Zusammensetzung scheine ziemlich wirksam zu sein.

Collet (Brüssel): Zwei Fälle von Laryngitis vegetans.

Im ersten Fall handelt es sich um einen 43jähr. Mann, der seit 10 Monaten eine rauhe Stimme hatte. Allgemeinzustand schlecht; verschärftes Respirations-



geräusch und Abnahme der Sonorität über beiden Lungenspitzen; der Kranke war zuvor an Tub. pulmon. behandelt worden. Mit dem Laryngoscop constatirte man, dass die Stimmbänder im vorderen Drittel von einem kleinen rosarothen kleinhaselnussgrossen und nicht ulcerirten Tumor auseinandergehalten waren; derselbe wurde mit der galvanokaustischen Schneideschlinge entfernt; unmittelbare Erleichterung darauf hin; die Stimme klärte sich auf und der Allgemeinzustand besserte sich von Tag zu Tag. Die histologische Untersuchung ergab deutlich, dass man es mit einem Schleimpolyp zu thun hatte.

C. stellt sodann einen 48jährigen Mann vor, welcher seit 6 Wochen aphonisch war. Ziemlich befriedigender Allgemeinzustand, mit dem Lanryngoscop erkennt man einen kugeligen Tumor inserirt am vorderen Stimmbandwinkel und sich hauptsächlich nach links hin verbreitend. Der kleinhaselnussgrosse Tumor wurde wie im vorigen Falle mit der Rothglühschlinge entfernt. Intensive Reaction danach, bis jetzt besteht noch eine Anschwellung und eine gewisse Respirationsbehinderung fort; der Kranke bleibt aphonisch und das linke Stimmband paretisch. Der Allgemeinzustand ist viel weniger zufriedenstellend, als vor der Operation. Der Autor vermuthet Tuberculose, obgleich die histologische Untersuchung einen typischen Schleimpolypen ergiebt.

Discussion.

Delsaux bemerkt, dass die Autoren bezüglich der Laryngitis vegetans tuberculösen Ursprungs verschiedener Meinung seien. Je nachdem die Affection primär oder secundär ist, bietet ihre Entwickelung ebensowohl wie die Natur der Affection selbst bemerkenswerthe Verschiedenheiten. Schon Störck und Heryng einerseits, Schrötter, Mackenzie und Gouguenheim andererseits, haben nach zahlreichen wissenschaftlichen Erörterungen anerkannt, dass es eine vegetirende, am Platze selber entstandene, somit primitive Form gebe, die ohne specifische locale Läsionen mit Vorliebe den vorderen Winkel der Stimmbänder einnehme, dazu muss man die von Collet vorgestellten Fälle rechnen; daneben giebt es aber noch eine Form von pseudopolypöser Tuberculose, eingepflanzt auf ein tuberculöses Geschwür. Im Grunde genommen bedeutet das nur das Auftreten eines excessiven Reparationsprocesses. Die Pseudopolypen localisiren sich gern in der Continuität der Organe oder im Interarytaenoidalraum. — Die histologischen Schnitte der ersten Varietät ergeben Granulationsgewebe, die der zweiten lassen Riesenzellen erkennen, feine Granulationen zuweilen Koch'sche Bacillen.

Daraus ergiebt sich, dass die histologische Untersuchung allein die Frage nicht entscheiden kann, man sich daher klinischer Anhaltspunkte versichern und alle Untersuchungsmittel, über die wir verfügen, besonders die Radioskopie der Lungen, welche ein mächtiges diagnostisches Hilfsmittel bildet, benutzen muss.

Schepers (Roulers): Heilung einer Oberkiefergangrän.

Es handelt sich um einen Fall von Gangrän des Oberkiefers und der rechten Wange, welche eine partielle Resection des Oberkiefers benöthigte. Der Autor schliesst an die Krankenvorstellung einige bemerkenswerthe Betrachtungen über die Natur des Falles.

Lenoir (Brüssel): Ein Fall von congenitaler Hypertrophie der Nasenspitze.

4jähriges Kind mit keulenförmiger Anschwellung der Nasenspitze, bedingt durch einen rundlichen, weichen und farbigen Tumor, wahrscheinlich ein Lymphangiom.

Coosemans (Brüssel): Bronchialasthma, hervorgerufen durch eine doppelte Ethmoiditis. Operation. Heilung.

34 Jahre alter, seit langen Jahren an intensivem Bronchialasthma leidender Kranker, bei welchem die Untersuchung der Nase das Vorhandensein einer doppelten Ethmoiditis erkennen liess. Der Autor entfernte zunächst die polypoiden Massen an der Muschelschleimhaut, welche den mittleren Nasengang ausfüllten. Grosse, aber nur vorübergehende Erleichterung, wegen des Nachwachsens der Fungositäten. Nachdem er aber die Turbinectomie mit Curettage der Siebbeinzellen vorgenommen hatte, trat vollständige Heilung ein, die seit Monaten anhält.

Higguet jr. (Brüssel): Kropf und Ozaena.

H. machte kürzlich die Exstirpation eines Kropfes bei einer Person, die an einer starken Ozaena litt. Er war sehr erstaunt, zu constatiren, dass seit der Intervention die Nasensecretion bedeutend nachgelassen hatte; er fragt sich, ob da Beziehungen von Ursache und Wirkung vorliegen?

Maloens (Brüssel): Voluminöse Cyste und Phlegmone des linken Lig. aryepiglottic. Pharyngotomia subhyoidea. Heilung.

Die bibliographischen Nachforschungen ergeben eine geringe Frequenz von Tumoren der aryepiglottischen Falten. Am häufigsten kommen unter diesen die Cysten vor; trotzdem konnte der Autor davon nur 17 Beobachtungen sammeln, veröffentlicht von Moure, Krakauer, Ulrich, Garel, Krieg, Clifford-Beale, Purseigle und Labarre. — Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen 52jährigen Mann, welcher sich Dr. Cheval wegen einer bedeutenden Aphonie und sehr ausgesprochener Respirationsbehinderung vorstellte. Bei der Untersuchung constatirte man das Vorhandensein einer grosskastaniengrossen Cyste, in der linken aryepiglottischen Falte.

Trotz der bevorstehenden Nothwendigkeit einer Tracheotomie lehnte der Kranke die Aufnahme ins Spital ab; Erstickungsanfall Nachts, welcher die Tracheotomie nothwendig machte. Als Patient wieder zur Consultation kam, war der Tumor im Wesentlichen derselbe. Punktion mit dem Galvanokauter; Entleerung einer braunen, fadenziehenden dicken Flüssigkeit, die sich in der Folge wieder neu ansammelte, eiterig wurde und zu deren Beseitigung die Pharyngotomie gemacht werden musste. Die Heilung wurde perfect.

V. Bericht von Fallas (Brüssel): Ueber die Blutuntersuchung bei endocraniellen Complicationen von Otitiden und Gesichtssinusitiden.

Die Blutuntersuchung im Laufe von Otitiden und Gesichtssinusitiden und deren Complicationen könnte uns werthvolle Aufschlüsse geben, indem sie uns Aufklärung verschafft über gewisse specielle Zustände, die im Stande wären, uns den Weg zur Diagnose zu zeigen oder eine andere Prognose stellen zu lassen.

Das Blutserum kann sich ganz verschieden präsentiren, je nachdem es normal oder anormal ist oder fremde Elemente beherbergt. Ausserdem muss man noch mit den biologischen Eigenschaften rechnen. Bordet und Gengou haben dieselben benutzt in ihrer „Fixationsreaction". Widal hat seine „Serodiagnose" darauf aufgebaut. Diese beiden Reactionen haben eine ganz besondere Bedeutung, weil sie uns erlauben, sei es einen Typhus zu erkennen, sei es eine acute Tuberculose im Verlauf einer Otitis, die mit einer endrocraniellen Complication dieser Affection zusammengeworfen werden könnte.

Die rothen Blutkörperchen können im pathologischen Zustand die verschiedenartigsten Formen annehmen und sogar in ihrem Innern Granulationen beherbergen, die sich Färbungen gegenüber verschieden verhalten. Für viele Autoren steht der Gehalt an Hämoglobin im Verlauf einer Infection in Beziehung zum Grade des Uebels, welches diese hervorgerufen hat. Jedoch nur die Zählung der Blutkörperchen kann dazu dienen, die Complicationen der Otitiden und Gesichtssinusitiden unter sich zu differenciren.

Die weissen Blutkörperchen spielen, dank ihrer phagocytären Eigenschaften eine sehr wichtige Rolle den Infectionserregern gegenüber. Im Normalzustande enthält das Blut 7000 weisse Blutkörperchen pro cmm, unter welchen man notirt: kleine Lymphocyten 20—30 pCt., grosse Lymphocyten 3—4 pCt., intermediäre Lymphozyten 2—3 pCt., polynucleäre neutrophile Lymphocyten 65—75 pCt., polynucleäre eosinophile Lymphocyten 0,5—5 pCt.

Neben diesen normalen Elementen kann man noch einer Reihe anormaler Elemente begegnen wie Mastzellen, Plasmazellen, Myelocyten, Reizzellen von Türck, Leukocyten mit jodophilen Granulationen, degenerirte Leukocyten. — Nach den Untersuchungen von Kuttner aus der allgemeinen Chirurgie könnte man aus dem Factum, dass die Jodophilie zunimmt, während die Zahl der Leukocyten abnimmt, eine schlechte Prognose folgern. Im Verlaufe von Otitiden, acuten Sinusiten und ihren Complicationen constatirt man einen gewissen Grad von Leukocytose mit Polynucleose im Allgemeinen parallel dem Grade der Infection; zu bemerken ist aber, dass es sich da vor Allem um eine individuelle organische Schutzreaction handelt, die von einem Patienten zum anderen variirt. Man muss bei der Interpretation dieser Ergebnisse ebenfalls mit einer ganzen Serie sowohl physiologischer als pathologischer Facta rechnen, die eine Hyperleukocytose hervorrufen können: so das Alter, die Menstruation, die Schwangerschaft, Geburt, Verdauung, heftige Leibesübungen, Ermüdung, Stase und selbst die Agonie; dazu gehören noch die traumatischen, toxischen, malignen, medikamentösen und besonders infektiösen Leukocytosen, unter welche man noch die Leukämien rechnen muss.

Was die Anwesenheit von Mikroben im Blut anbelangt, so ist dieses Zeichen von der allergrössten Wichtigkeit für die Diagnose einer Septicämie, Pyämie, aber nicht constant. Im grossen Ganzen, wenn gleich eine ernste Prognose in sich schliessend, darf die Anwesenheit von Streptokokken im Blute nicht nothwendiger Weise als Todesurtheil ausgelegt werden.

Discussion:

Cheval (Brüssel) giebt eine Auseinandersetzung der Resultate von Untersuchungen, die er systematisch auf seiner Abtheilung seit der Versammlung vom

Juni vorigen Jahres am Blut, der Cerebrospinalflüssigkeit und dem Augenhintergrund bei 22 verschiedenen Individuen, wovon 21 operirt wurden, davon 2 bilateral, macht also 24 Fälle — hat ausführen lassen.

Delsaux (Brüssel) dankt seinem Collegen in beredter Weise, an der Hand der vorgelegten Tabelle gezeigt zu haben, dass unter den Controlverfahren, über die wir verfügen, die Blutuntersuchung noch diejenige ist, welche die besten positiven Resultate liefert. Obgleich approximativ und sich hauptsächlich auf die Hyperleukocytose stützend, sind die durch die hämatologischen Untersuchungen gelieferten Ergebnisse noch positiv, wenn die Untersuchung des Augenhintergrundes und die der Cerebrospinalflüssigkeit keine Résultate ergeben hat.

Tétrôp (Antwerpen) lenkt die Aufmerksamkeit auf den bakteriologischen Theil der Frage. Diese Nachforschung müsste mit einer grossen Quantität Blutes (10, 15, 20 ccm) vorgenommen werden; dieses müsste auf einem beträchtlichen Volumen von Bouillon derart ausgesät werden, dass sich die Bakterien entwickeln könnten. Die Thatsache, dass das Blut Bakterien mit sich führt, ergiebt noch keineswegs das Vorhandensein einer Septikämie. Man hat effectiv in der letzten Zeit constatirt, dass bei vielen localisirten Infectionen das Blut vorübergehend Mikroben führen kann.

Ledoux (Lüttich) möchte gerne wissen, was Cheval „Meningealreaction" nennt. Welches ist die Vorstufe dieser Reaction? Was heisst „flüssig" bei normaler Cerebrospinalflüssigkeit? Was ist eine positive Untersuchung?

Cheval: Wenn die Polynuclearzellen alterirt und in übergrosser Zahl in der Cerebrospinalflüssigkeit vorhanden sind, so kann man annehmen, dass diese Flüssigkeit anormal ist.

Fallas stimmt ganz und gar mit Cheval überein bezüglich der Existenz der Polynucleose im Verlaufe von Complicationen bei Otitiden und Gesichtssinusitiden. Die Schwierigkeit beginnt erst, wenn man die Complicationen untereinander differenziren will. Die Leukocyten bei extraduralem Gehirn- und Kleinhirnabscessen gleichen denen einer einfachen Mastoiditis derartig, dass es unmöglich erscheint, bestimmte Ziffern anzugeben. In der Thrombophlebitis und Meningitis ist die Leukocytose im Allgemeinen intensiv; es existiren aber Fälle, in welchen dieselbe beschränkt ist.

Was die Anwesenheit von Mikroben im Blute anbelangt, so existirt eine grosse Anzahl von Fällen mit schwerer Infection, wo trotz der minutiösesten Nachforschungen es nicht gelungen ist, Mikroben aufzufinden. Andererseits implicirt die Anwesenheit von Mikroben noch gar nicht die Nothwendigkeit einer Blutinfection. Nach den Masern z. B. kann man sie noch finden, ohne dass ihr Vorhandensein als pathologisch betrachtet werden könnte.

VI. Bericht von Broeckaert: Die Halsphlegmone bucco-pharyngealen Ursprungs.

Die primären Halsphlegmonen nehmen gewöhnlich ihren Ausgangspunkt in den weiten lymphatischen Territorien der Mundrachenhöhle. Man sieht sie auftreten: 1. im Gefolge von allen, selbst den unscheinbarsten Läsionen der Hautdecken des Gesichts, der Nase, der Augenlider, der Lippen; 2. nach Wunden und

Erosionen der Schleimhaut des Mundes und der oberen Respirationswege; 3. nach der Mehrzahl der Entzündungen der Nase, der Mundhöhle und des Pharynx und Larynx; 4. im Gefolge von Zahncaries und Durchbrechen des Weisheitszahnes. Das anatomische Studium der Halsganglien mit den dahin verlaufenden Lymphgefässen und das der Nischen, in welchen sie eingebettet sind, ist es, was die befriedigendste Classification der Halsphlegmonen gestattet.

Es ist ferner eine gründliche anatomische Kenntniss der Gegend, welche die werthvollsten Indicationen für die Prognose, Diagnose und Interventionsmethode giebt.

Diese Partie ist vom Autor in allen ihren Details studirt und in seiner Arbeit mit einer Tafel illustrirt, welche die allgemeine Lage der Halsganglien mit dem lymphatischen Territorium, von welchem sie versorgt werden, zeigt.

Die Halsphlegmonen sind hauptsächlich gefährlich durch die Complicationen, welche sie veranlassen. Wenn die Phlegmone in dem von mittlerer und prävertebraler Halsfacie begrenzten Raum ihren Sitz aufgeschlagen hat, so sieht man nicht selten den Eiter sich längs der Gefässscheide ins Mediastinum ergiessen. Unter anderen Zufällen sind zu erwähnen das Larynxödem, die Pyämie, die Septikämie, der Durchbruch des Eiters in die Luft- und Verdauungswege, die Ulceration der grossen Halsgefässe, die Thrombosen und Embolien, Zufälle infolge von Compression. Die Behandlung muss im Anfang die Unterdrückung der prädisponirenden und der veranlassenden Ursachen im Auge haben. Sobald die Eiterung eingetreten ist, muss der Herd weit eröffnet werden. Die frühzeitige Incision muss vorgenommen werden, ehe der Eiter Complicationen veranlasst hat; eher eine unnöthige Incision machen, als eine unentbehrliche Intervention verschieben. Ist der Abscess oberflächlich geworden, dann eröffnet man ihn an der Durchbruchsstelle; bei tief gelegenen Abscessen muss man zum Eiterherd, sei es von der Mundhöhle — Ausnahmeweg —, sei es von der äusseren Haut aus, gelangen, indem man bald die Incision am vorderen Rand des Sternomastoideus, bald an dessen hinterem Rand macht.

Discussion:

Beco bemerkt, dass klinisch die Grenzen der anatomischen Räume schnell überschritten sind. Er erinnert an einen Fall, bei welchem er nicht mit Hülfe des Kehlkopfspiegels und der Zeigefingerpalpation mit hinlänglicher Sicherheit die Stelle localisiren konnte, an welcher sich der Eiter angesammelt hatte. Eine im Niveau des hervorragendsten und härtesten Theils des Halses vorgenommene Incision konnte nicht auf die Phlegmone stossen, obgleich der Autor durch die compacte Gewebsmasse mehr als $4^1/_2$ cm tief vorgedrungen war. Es trat eine momentane Besserung der subjectiven Beschwerden ein, die aber 2 Tage später mit erneuter Intensität auftraten. Einer neuen Hohlsondenuntersuchung gelang es, den Eiterherd, der ca. 5 cm von der Hautoberfläche entfernt lag, zu eröffnen. Die Heilung fand ohne Zwischenfall innerhalb 14 Tagen statt,

Hennebert erinnert an die Beobachtung eines Kranken, welchen er vor 3 Jahren vorgestellt hatte. Es handelte sich um einen Nasenfurunkel, complicirt mit einem Doppelabscess des Septums, eine Lymphangitis frontal. und eine Halsphlegmone mit Larynxödem. Alle Halsgewebe vom Unterkiefer bis zur Clavicula

waren in eine Masse aufgegangen. Eine Incision vorn am Sternomastoideus, in der Höhe des Ringknorpels, verschaffte einer sehr geringen Menge Eiter, dagegen einer grossen Menge seröser Flüssigkeit den Ausweg. Heilung nach einigen Tagen.

Trétrôp hat eine Adenophlegmone des Halses nach einer gewöhnlichen Amygdalitis sich entwickeln sehen; jedoch enthielt der Eiter Tuberkelbacillen, da die damit geimpften Meerschweinchen an Tuberculose zu Grunde gingen. Der Autor entfernte die ganze inficirte Lymphdrüsenkette und der Kranke genas vollständig und erfreut sich seit Jahren einer ausgezeichneten Gesundheit. T. ist überzeugt, dass der Kranke ohne die Exstirpation der Lymphdrüse tuberculös geworden wäre.

Auch in Bezug auf Syphilis muss man auf der Hut sein. T. citirt einen Fall von Phlegmone lignosa im Verlaufe eines Mandelschankers.

Fallas hat auf der oto-laryngologischen Abtheilung des St. Johanneshospitals eine Serie von Phlegmonen bucco-pharyngealen Ursprungs zu beobachten Gelegenheit gehabt, die mit Bierhefe und Mundaseptik behandelt in Heilung übergingen.

VII. Diverse Mittheilungen.

Delie (Ypres): Pseudoleukämie tonsillären Ursprungs.

7jähriges kräftiges Kind, in voller Gesundheit, beklagt sich über eine einfache Schluckbehinderung. Die Untersuchung ergab als Ursache eine beträchtliche Hypertrophie beider Mandeln, welche sich mit ihren inneren Flächen berühren. Diese Organe haben eine gräulich-weisse Farbe, und ihr eigenes Gewebe scheint der Sitz einer ödematösen Infiltration zu sein, ohne dass anormale Secretion oder Ulceration vorhanden wäre.

Am Unterkieferwinkel existiren einige wenig entwickelte Lymphdrüsen, welche wahrscheinlich in Beziehung zu der Mandelhypertrophie stehen. Hereditär weder Syphilis noch Tuberculose nachzuweisen. Handelte es sich um eine Hypertrophie inflammatorischer oder scrophulöser Natur? War es ein Lymphom, Lymphadenom, Sarkom, Carcinom? Entfernung einer Mandel, deren histologische Untersuchung durch Prof. Van Duyse folgendes Resultat lieferte: Hyperplasie der lymphoiden Elemente mit Hypertrophie des Stromas. Diese Gewebsnetzsklerose ist der Beweis dafür, dass es sich weder um ein Lymphadenom, noch um ein Lymphosarkom gehandelt hat. Das ist die Eigenthümlichkeit der Leukämie oder Pseudoleukämie.

Die Blutuntersuchung ergab leichte Vermehrung der Leukocyten mit vorherrschenden Polynucleärzellen; weder Leukämie noch perniciöse Anämie. Die allgemeine Körperuntersuchung ergiebt keine Alteration, ausser den hypertrophischen Halslymphdrüsen.

Im Verlaufe von 2 Monaten hatte die Krankheit bedeutende Fortschritte gemacht; das Kind war äusserst anämisch, bekam allgemeines Oedem und Dyspepsie in Folge von Lungenödem, hervorgerufen durch die Compression der Mediastinalorgane. Die Axillar- und Inguinallymphdrüsen sind normal, aber die des Halses sing ganz bedeutend voluminöser, runde, unregelmässige, enorme Massen bildend. Die Mandeln waren von einem bedeutenden Volumen, hauptsächlich die, welche nicht entfernt worden war.

Das Kind starb 3 Monate nachdem es D. zum ersten Male gesehen hatte.

Sargnon (Lyon): Parallele zwischen der inneren Kautschukdilatation und der Laryngostomie.

Unter innerer Kautschukdilatation versteht der Autor die retrograde Einführung eines „Dilatationsdrains" durch die Trachealwunde in den verengerten oberen Theil der Trachea und den stenosirten Larynx. Dieses Drain ist eingeführt und in seiner Lage erhalten durch einen endlosen Faden, welcher einerseits durch den Mund, andererseits durch die Trachealöffnung läuft. Das ist eine ziemlich alte Methode.

Die äussere Kautschukdilatation ist nur möglich durch ihre Combination mit der Laryngostomie. Diese bildet eine ganz neue Methode, welche bis jetzt nur ungefähr 45mal ausgeführt wurde, wovon 20 auf die Lyoner Schule kommen. Die Indication für die Laryngostomie ist schon verschiedene Male beschrieben worden, daher Referent nicht mehr darauf zurückkommen will. Trotzdem befürwortet Sargnon die Nützlichkeit der Moure'schen Scheere für die Section der Kehlkopfknorpel und den Gebrauch der Lombart-Sargnon'schen Canüle, welche den Verband erleichtert. Er weist noch auf eine glückliche von Fournier angebrachte Modification hin, welche darin besteht, die Canüle durch ein Knopfloch im Dilatationsdrain hindurchzuführen, mit dem sie dann einen Körper bildet. Der Autor betont die Zweckmässigkeit, den Kautschuk zur Dilatation narbiger Verengerungen zu verwenden, während die von der italienischen Schule angepriesene Gaze sich besser für narbige Stenosen eigne. Sargnon macht noch auf 2 sehr wichtige technische Punkte aufmerksam: 1. um nachträgliche üble Zufälle und besonders Recidive zu vermeiden, muss man immer die Incision zur Laryngostomie von der Tracheotomiewunde aus, so tief dieselbe auch sein mag, ausgehen lassen; 2. die Autoplastik muss immer spät, ja recht spät vorgenommen werden, ja in schweren Fällen wird man gut thun, sehr lange eine kleine Sicherheitsöffnung zu erhalten.

Man kann im Allgemeinen sagen, dass der Canulenträger selten eine narbige Verengerung aufweist, während es sich bei dem intubirten Canulenträger immer oder beinahe immer um eine enge Ringknorpelnarbencontractur handele.

Die functionellen Stenosen sind häufig der inneren Kautschukdilatation zugänglich, und nur im Falle des Misslingens wird man zur Laryngostomie greifen.

In Fällen von Granulationswucherung um die Canüle herum ist die interne Kautschukdilatation oft nützlich und hinreichend nach Entfernung der Granulationswucherungen. Die knorpeligen Narbenstenosen fallen in den Bereich der inneren Kautschukdilatation, wenn sie nur wenig eng sind, in den der Laryngostomie, wenn sie breit sind und das erste Mittel fehlgeschlagen hat.

Für Sargnon gehören die mittleren Narbenstenosen in die gleiche Domäne der Laryongostomie. Was die Stenosen und Verwachsungen anbelangt, so räth der Autor, sie von vornherein mit der Laryngostomie zu behandeln.

In der auf die Intubation folgenden Geschwürsperiode, aber vor der Bildung endomucösen Narbengewebes kann die innere und frühzeitige Kautschukdilatation die Stenose verhindern.

Endlich ist die Laryngostomie ganz besonders indicirt bei der Cur recidivirender Papillome (italienische Schule, Beco, Sargnon); sie kann bei gewissen

Formen von Larynxtuberculose ohne schwere Lungenläsionen und bei einigen Fällen von Neoplasma, aber ganz am Anfang, zur Verwendung kommen.

Hinsichtlich der Schwere der Operation nimmt die Laryngostomie die Mitte ein zwischen der Laryngofissur und der Laryngectomie.

Discussion:

Jacques (Nancy) glaubt, dass es am Platze wäre, die Indicationen zur Laryngostomie genauer festzustellen. Nach seiner Ansicht ist sie eine werthvolle Intervention in Fällen fibröser Stenosen; man muss aber darauf achten, dass bei bösartigen Tumoren das Verbleiben eines mit dem primären Degenerationsherd in Contact stehenden Fremdkörpers reizend wirkt und gewisse Unbequemlichkeiten haben kann; das permanente Offenhalten des Larynx Papillomen gegenüber bleibt eine Operation von vielleicht excessiver Schwere, weil die Indicationen dafür discutabel erscheinen gegenüber besonders der neuen Erleichterungen, welche die directe Laryngotracheoskopie bietet.

Beco giebt zu bemerken, dass alle seine Kranken zuvor tracheotomirt waren und die Canüle zum mindesten 8 Monate lang getragen haben; ausserdem haben zwei bei jedem neuen Recidiv Jodsalze genommen. Immerhin verwirft er nicht systematisch die Tracheotomie, weil man ihr Heilungen zugeschrieben und sie keineswegs die secundäre Laryngostomie erschwert, welche nach ihm die letzte chirurgische Reserve bildet. Er erkennt vollständig die Laryngotracheoskopie an, welche mehr oder weniger glückliche Resultate liefern könne je nach der Geschicklichkeit des Operateurs und der Schwere des Falles. Jedoch deucht ihm, dass sie oft fehlschlagen dürfte auch in den geschicktesten Händen.

Sargnon meint, dass man die 2 Methoden von Laryngostomie auseinanderhalten müsse:

1. die Laryngostomie mit äusserer Kautschukdilatation, typische Methode für Narbenstenosen;

2. die Laryngostomie ohne Kautschukdilatation, die in Folge dessen auch garnicht reizend wirkt, sollte in den anderen Fällen angewendet werden und hauptsächlich bei den recidivirenden Papillomen.

Was die Mortalität anbelangt, so kenne man unter 47 Fällen nur 3 Todesfälle; einen an Bronchopneumonie, einen an Bronchopneumonie bei einer dem Autor unbekannten Patientin; und endlich einen dritten ebenfalls an Bronchopneumonie nach der Heilung und Sutur (These von Barlatier, 1908). Es geht daraus hervor, dass man die Kranken im nicht entzündlichen, kalten (à froid) Zustand operiren muss, wenn man die Lungeninfection, welche hauptsächlich dem Brand (Sphacelus) zuzuschreiben ist und die gewöhnlich eine buccale Infection ist, vermeiden will.

Janquet (Brüssel) glaubt nicht an die specifische Wirkung des Kautschuk auf den Schwund des Narbengewebes; dieser wird allein durch die Compression bedingt.

Er glaubt, die Dilatationsdrains mit Vortheil ersetzen zu können durch einen Apparat, der auf die der Dilatation ausgesetzten Gewebe einen constanten Druck ausübt, der etwas niedriger als der Blutdruck ist, aber hinreichend genug, um eine progressive Atrophie der Gewebe durch Ernährungsverminderung hervorzurufen.

Man vermeidet so die Mortification und den Sphacelus, die gefährlich werden können.

Guisez (Paris): Ergebnisse der directen Tracheoskopie und Laryngoskopie.

Vorzeigen der zwei letzten Fremdkörper (kleine Erbse und Kautschukröhre), welche der Autor aus dem rechten Bronchus mit der Bronchoskopie herausgeholt hat.

Die Intervention war leicht und die Heilung ging ohne Complicationen vor sich. Er berichtet ferner noch über mehrere Fälle von directer Tracheoskopie:

1. Trachealtumor von fibröser Consistenz bei einem Erwachsenen, inserirt im Niveau des zweiten Trachealringes und diagnosticirt mit der Tracheoskopie. Operation auf natürlichem Wege. Heilung.

2. Multiple Larynx- und Trachealpapillome bei einem 6jährigen Kinde. Operirt mit Tracheoskopie nach vorausgeschickter Tracheotomie. Heilung.

3. Doppelte Intratrachealklappe dyspnoetische Erscheinungen verursachend. Diagnose durch Tracheoskopie. Section der Klappe gefolgt von partieller Heilung. Die hintere Klappe ist nicht dilatirbar; es handelt sich um eine Hernie der hinteren Wand der Trachea in das Lumen.

4. Zwei Fälle von Compression, der eine durch einen Kropf, der andere durch eine Tracheo-bronchialadenopathie. Die Tracheoskopie gestattete den Sitz des Hindernisses festzustellen und über die Zweckmässigkeit einer tiefen Tracheotomie zu entscheiden.

Guisez (Paris): Ueber die ösophagoskopische Diagnose bei den verschiedenen Formen von Oesophagusstenose.

Reihe persönlicher Beobachtungen betreffend das Aussehen, welches das Oesophaguslumen je nach den verschiedenen Formen der Stenosen darbietet.

Discussion:

Jacques lenkt die Aufmerksamkeit auf das Vorhandensein weisser Flecken in der Nachbarschaft von Oesophagusneoplasmen, die man manchmal mit wirklichen leukoplastischen Flecken vergleichen könnte, die aber im Gegensatz zu diesen ganz und gar nicht adhäriren, denn es handelt sich hier um Belege oberflächlicher Ulcerationen.

Bezüglich der Behandlung von Oesophagusverengerungen giebt er das sehr befriedigende Resultat an, welches er bei zwei Kindern mit enger Narbenstenose caustischen Ursprungs durch die mehrere Tage dauernde Dauerapplication eines feinen an einen Zahn fixirten Gummibougies erzielt hat. Perfecte Toleranz. Das Verschlucken von Flüssigkeit wurde sehr schnell ertragen. Schliesslich bot die ganz und gar erweichte Strictur dem Einführen viel voluminöserer Sonden kein Hinderniss mehr dar.

Trétrôp: Oesophagoskopie und Tracheo-bronchoskopie.

T. practicirt die Oesophagoskopie und Tracheo-bronchoskopie mit den Killian'schen Röhren und hat es dahin gebracht, das dazu nothwendige Instrumentarium bedeutend zu vereinfachen.



Er empfiehlt den Gebrauch der neuen Killian'schen Spatelröhren mit verschiebbaren inneren Röhren und zur Beleuchtung den gewöhnlichen Clar'schen Spiegel.

Er giebt die Beschreibung eines äusserst einfachen Oesophago-trachealphantoms und räth, sich nach der Methode von Castre u. Morat an eingeschläferten Hunden zu üben.

Er theilt die von ihm neuerdings behandelten Fälle mit:

1. Oesophagus: Ein Fall von Wunde durch ein stechendes Instrument; ein Fall von Fremdkörper; grosse Fischgräte; Fälle von vermutheten Fremdkörpern; ein Fall von Pseudokrebs, bei welchem die Oesophagoskopie nur einen Spasmus ergeben hat. Drei Fälle von Oesophaguskrebs, wovon einer mit Herausnahme eines Stückchens zur mikroskopischen Untersuchung.

2. Larynx und Trachea: Zwei Kehlkopffremdkörper, ein Fragment der Hülse eines Apfelkerns und eine feine Fischgräte; endlich ein Fall von Papillom, der sich noch in Behandlung befindet.

T. citirt Fälle von Asthma geheilt durch bronchoskopische Behandlung und schliesst daraus, dass angesichts der Dienste und der Einfachheit der Methode sich der Specialist dieselbe zugänglich machen sollte.

Trétrôp: Praelaryngealcyste, operirt und geheilt.

Erwachsener Mann mit einer Cyste, welche sich seit drei Jahren vorne am Kehlkopf entwickelt hatte. Abtragung unter Localanästhesie und Heilung per primam: Talgcyste vom Volumen einer grossen Walnuss.

Discussion:

Capart jr. (Brüssel) hatte neulich die Gelegenheit einen Fall von Tuberculose der Bursa serosa subhyoidea zu operiren. Das Aussehen des Tumors war analog dem, welches man bei den Hygromen der Serosa constatirt. Da mehrere Aspirationen des Eiters vermittelst einer Spritze die Heilung nicht herbeiführten, wurde zur Radicaloperation geschritten. Der Eitersack war doppelt. Eine feine Oeffnung stellte eine Communication her zwischen dem äusseren Abscess und dem unterhalb des Os hyoid. sich befindlichen.

Janquet (Bruxelles) erinnert daran, dass ein Unterschied besteht zwischen der Bursa subhyoid. Bayer's und der Bursa praelaryngealis Broca's. Er hat mehrere Fälle von Hygroma und Abscessen dieser Bursae gesehen, die sich vom anatomischen Gesichtspunkte aus absolut differenzirten.

Trétrôp: Larynxstenose mit plötzlichem Tod.

Beobachtung eines Kranken, welcher plötzlich erstickte, ehe man ihm zur Hülfe eilen konnte. Bei der Autopsie fand man die Stimmbänder sich derart berührend, dass sie jeden Luftdurchgang abschlossen. Es war eine gewisse Schwellung der rechten Regio arytaenoid. vorhanden und ein kleiner gelappter ziemlich consistenter Tumor der rechten seitlichen hinteren Wand in halber Höhe derselben, welcher nach hinten in den Oesophagus einen Vorsprung bildete. Der Autor wollte das Präparat intact vorzeigen, ehe er mikroskopische Schnitte davon anlegte.

Fallas: Einige Fälle von Complicationen bei der Operation adenoider Vegetationen.

Im ersten Fall handelt es sich um ein 13jähriges Mädchen, welches noch nie zuvor menstruirt und bei der Abtragung der adenoiden Wucherungen eine schwere Hämorrhagie bekam. Vom nächsten Monat ab traten die Regeln regelmässig ein.

Im zweiten Fall handelt es sich um eine purulente chronische Otitis bei einem Erwachsenen, dem man in der Chloroformnarkose eine Vegetation, ein knorpliges und ein hypertrophisches Muschelende abtrug. Die Operation war sehr mühsam. wegen des nervösen Zustandes des Patienten, welcher sich derartig gebärdete, dass er mehrmals vom Operationstisch herunterfiel. Vier Tage darauf stellten sich Symptome von Lungenabscess ein, der glücklicherweise nach mehreren Brechmitteln mit Heilung endete. F. glaubt, dass der Abscess von der Aspiration von Blut und Wucherungsfragmenten während der Operation herrührt. Er mahnt zur Vorsicht bei der allgemeinen Narkose bei der Operation von Vegetationen beim Erwachsenen und empfiehlt die Rose'sche Kopflage.

Montag, den 29. Juni

Excursion nach Tervüren und Löwen, wo der sympathische und allgemein beliebte Präsident Delmarcel mit seiner Gattin den Congressmitgliedern einen gastlichen Empfang bereitete, den alle in der angenehmsten Erinnerung behalten werden.

Bayer.

---

e) Spanische medico-chirurgische Academie.

Sitzung vom 27. April 1907.

Sterling: Zwei Fälle von Siebbeinempyem.

I. 15jähriger Patient, der an Schmerzen im oberen Theil der rechten Orbita leidet. Die Augenlider sind ödematös und geröthet; leichter Exophthalmus. In der Nase kein Eiter. Diagnose: Orbitalabscess wahrscheinlich im Anschluss an ein Stirnhöhlenempyem. Bei der Incision findet man die Siebbeinzellen voller Eiter und Fungositäten. Curettage. Heilung.

II. Kranker von 59 Jahren. Seit einigen Tagen fester und sehr schmerzhafter Tumor im rechten inneren Augenwinkel. Schwellung der submaxillaren Drüsen. Kein Eiter in der Nase. Diagnose: Sarkom. Operation: Enucleation des Bulbus. Man fand keinen Tumor, sondern nur Eiter und Granulationen an der Lamina papyracea und in den Siebbeinzellen. St. räth den Ophthalmologen in allen derartigen Fällen, um solche Irrthümer zu vermeiden, vor der Operation einen Rhinologen zuzuziehen.

Rueda analysirt die vasculären und nervösen Beziehungen der Siebbeinregion und Orbita.

Tapia: Solche Irrthümer sind nicht zu begreifen, wenn man nicht zugieht, dass die Untersuchung mangelhaft war. Der endonasale Weg der Operation ist nur einzuschlagen, wenn es sich um reine Siebbeinempyeme handelt. In allen anderen Fällen ist der Weg von der Orbita aus einzuschlagen; handelt es sich

dann um ein Stirnhöhlenempyem, so hat man bereits das II. Tempo der Killian-schen Operation gemacht, die er in allen diesen Fällen für die zu wählende Methode hält.

Sitzung vom 7. Mai 1907.

Goyanes: Enucleation eines grossen cystischen Kropfes.

Kranke von 23 Jahren. Der Kropf verdrängte den Larynx, Trachea und Oesophagus stark nach links. Es bestand Athemnot und Schluckbehinderung. Operation in Scopolamin-Morphiumschlaf. Heilung.

Cardenel verwirft die allgemeine Narkose und räth zur Localanästhesie nach Kocher, um den Recurrens besser überwachen zu können.

Landete: Ueber die Anwendung von Somnoform in der Stomatologie.

Er bespricht die Anwendung des Mittels in seiner Klinik.

Tapia bespricht den Gebrauch des Somnoforms in der Otorhinolaryngologie.

Sitzung vom 20. Mai 1907.

Tapia: Einige Fälle von Kehlkopflähmung.

I. Posticuslähmung des linken Stimmbandes, besteht seit den 4 Jahren, während welcher der Pat. in Beobachtung ist. Es ist auch mit Hülfe der Radiographie nicht möglich, einen Grund für die Lähmung ausfindig zu machen.

II. Halbseitige Kehlkopflähmung und Lähmung des Gaumensegels derselben Seite (Avellis'scher Symptomencomplex). 18jährige Patientin, in der Familie Tuberculose. Seit $^1/_2$ Jahr Regurgitiren von Flüssigkeiten durch die Nase. Allmählich besserte sich diese Erscheinung und verschwand schliesslich ganz. Kurze Zeit darauf Heiserkeit. Untersuchung ergiebt rechtsseitige Gaumensegellähmung, Sensibilität daselbst herabgesetzt. Das rechte Stimmband in Cadaverstellung. Die durch den Glossopharyngeus, Trigeminus, Chorda tympani versorgten Partien völlig normal. In diesem Fall schien es also, dass die Sensibilität des Gaumensegels durch den N. pharyngeus superior besorgt wird. Pat. hatte Tachycardie und keuchhustenähnlichen Husten.

T. giebt eine Analyse des Falles.

III. Avellis'scher Symptomencomplex. 48jähriger Patient, dessen Geschichte der vorigen gleicht. Die Störungen wurden hervorgerufen durch syphilitische Halsdrüsen.

Sitzung vom 27. Mai 1907.

Goyanes: Myelogenes Sarkom des Oberkiefers.

Das Sarkom hatte sich in der Diploe des Oberkiefers entwickelt. Kieferresection. Heilung.

Botella: Fremdkörper des Oesophagus.

Zahnprothese 24 cm von der Zahnreihe entfernt im Oesophagus sitzend. Die

Extraction auf ösophagoskopischem Wege misslingt. Oesophagotomia externa. Heilung.

Tapia führt 6 Fälle an, in denen die Extraction auf ösophagoskopischem Wege gelang; nur in einem Falle musste die Oesophagotomie gemacht werden.

Tapia.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. L. Réthi (Wien) ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Am King's College (London) ist eine Professur für Laryngologie errichtet und Dr. St. Clair Thomson übertragen worden.

Zum 50jährigen Doctorjubiläum Emerich v. Navratil.

Leider sehr verspätet geht uns die Nachricht zu, dass unser verehrter Mitarbeiter, Hofrath E. v. Navratil, im Juni letzten Jahres das Jubiläum seiner 50jährigen Promotion zum Doctor Medicinae an der Universität Budapest gefeiert hat. Der Jubilar hat als einer der ersten Schüler Czermak's an der Wiege der Laryngologie gestanden und dürfte wohl als Senior der gegenwärtig lebenden Laryngologen zu betrachten sein. Ein gütiges Schicksal hat ihm verstattet, nicht nur die Jubelfeier gesunden Körpers und Geistes zu erleben, sondern auch die Organisation der rhino-laryngologischen Section des bevorstehenden internationalen Congresses zu Budapest zu übernehmen, eine Aufgabe, die er sicher zu allseitiger Zufriedenheit lösen wird. Bei Gelegenheit des Jubiläums wurde ihm von Seiten der Budapester medicinischen Fakultät ein Ehrendiplom überreicht, und er wurde von verschiedenen medicinischen Körperschaften seines Heimathlandes aufs Herzlichste beglückwünscht.

Diesen Glückwünschen schliesst sich das Centralblatt, das bei dieser Gelegenheit wohl als Sprecher für die ausländischen Specialcollegen des Jubilars fungiren darf, aufs Wärmste an. Möge es ihm vergönnt sein, noch viele Jahre in gleicher Frische des Geistes und Körpers zu verleben! — Die Laryngologie ist ihm dankbar für viele Bereicherungen ihres Wissens und Könnens! —

Verhandlungen des I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses.

Soeben sind im Verlage von Franz Deuticke (Wien und Leipzig) die Verhandlungen dieses Congresses, herausgegeben vom Generalsekretär Prof. Dr. M. Grossmann, erschienen. Ueber die Verhandlungen selbst ist bereits im Centralblatt berichtet worden (Mai-, August- und Septembernummer vorigen Jahres). Das schnelle Erscheinen des stattlichen 637 Seiten und 93 Abbildungen enthaltenden Bandes ist dankbar anzuerkennen. Es zeigt eindringlicher, als die Ausführungen eines Einzelnen es vermögen, wie tief bedauerlich es wäre, wenn eine Specialität, die solcher Leistungen fähig ist, ihre Selbstständigkeit einbüsste! —

Zur Stellung der Laryngologie in England.

Bezüglich der unter „Personalnachrichten" mitgetheilten Errichtung einer Professur für Laryngologie am King's College (London) bringt das British Medical Journal vom 19. December einen Leitartikel unter dem Titel „Specialities and Professorships", den wir der Beachtung der Collegen empfehlen, die sich für die Geschichte unserer Specialität interessiren. Es klingt wie ein Echo unseres vor genau 24 Jahren erschienenen Leitartikels über „die Stellung der Laryngologie in Grossbritannien (Centralblatt I., S. 163 u. 189), wenn noch heute in einem leitenden



englischen medicinischen Blatte die gegenwärtige Stellung der Laryngologie an den grossen Hospitälern Londons folgendermaassen geschildert werden kann:

„Die Laryngologie und andere gegenwärtig durchaus anerkannte Specialitäten gelangten später (d. h. als die Ophthalmologie) zur Anerkennung, nicht ohne heftige Opposition. Aber obwohl gegenwärtig die meisten allgemeinen Hospitäler Abtheilungen für Krankheiten des Halses, der Ohren und der Haut haben, denen Specialisten vorstehen, so sind die Lehreinrichtungen dieser Zweige der Medicin in vielen Schulen nichts weniger als ausreichend für das Bedürfniss der Lernenden und befriedigend für den Lehrer. In feiner, aber nicht misszuverstehender Weise wird dem Specialisten die Inferiorität seiner Stellung fühlbar gemacht.[1]) Oft wird er nur eben von seinen medicinischen und chirurgischen Collegen geduldet; bisweilen muss er taub für kaum verhüllten Hohn über sein Arbeitsfeld und blind für persönliche Missachtung sein; die Einrichtung seiner Abtheilung ist ungenügend und Verbesserungen des Instrumentariums und der Räumlichkeiten werden nur murrend bewilligt; als untergeordnete Assistenten werden ihm Studenten ohne jede klinische Erfahrung zugetheilt. Auf diese Weise werden seine Gelegenheiten, sich entweder als Kliniker oder als Lehrer nützlich zu machen, auf das niedrige Niveau beschränkt, welches man für die angemessene Sphäre einer blossen Specialität hält. In einigen Londoner Schulen ist die Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten nominell unter der Leitung eines der Hospitalchirurgen, der aber die Arbeit einem Assistenten überträgt."

Die weiteren sehr lesenswerthen Ausführungen bringen Belege für diese — nach meiner persönlichen Erfahrung durchaus wahrheitsgetreuen — Angaben. Es ist gut, dass endlich einmal ein führendes englisches medicinisches Blatt die Sachlage aufdeckt und die Dinge beim rechten Namen nennt. Verhältnisse der geschilderten Art sind es gewesen, die mich vor elf Jahren zum Rücktritt von meiner Stellung an einem der grossen Hospitäler Londons getrieben haben. Ich bedauere, aus dem oben citirten Artikel zu entnehmen, dass die Dinge anscheinend ziemlich allgemein auch heute noch so liegen, wie ich dies vor 24 Jahren in diesem Blatte schilderte und 15 Jahre lang persönlich erlebte. Felix Semon.

In welchen Zwischenräumen sollen die allgemeinen internationalen medicinischen Congresse tagen?

Das Comité des bevorstehenden internationalen Congresses zu Budapest hat den nationalen Comités der einzelnen Länder den Vorschlag unterbreitet, dass die Intervalle zwischen den Congressen fünf Jahre betragen sollen, wenn sie in gleichen, drei Jahre, wenn sie in verschiedenen Erdtheilen stattfinden. Im britischen Landescomité hat der Herausgeber des Centralblatts diesem Vorschlag gegenüber die Modification proponirt, dass jederzeit eine vierjährige Zwischenzeit innegehalten werden solle, da auf diese einfache Weise eine practische Verständigung mit den internationalen Specialcongressen erzielt werden könne. Entschlössen sich nämlich auch letztere zu einem vierjährigen Turnus, so könne jeder Zweig der Medicin, einmal als besonderer Congress, einmal als Section des allgemeinen internationalen Congresses, alle zwei Jahre tagen, und zwischen je zwei Sitzungen bliebe ein freies Jahr.

Dieser Vorschlag wurde von dem britischen Landescomité einstimmig angenommen und dürfte bereits dem ungarischen Organisationscomité unterbreitet worden sein. Seither haben sich die „Berliner klinische Wochenschrift" (No. 49, 1908, S. 2212) und das „Brit. medical Journal" (Dec. 19, p. 1829) mit ihm einverstanden erklärt und empfehlen warm seine Annahme.

Auch der so nothwendige Vorschlag Waldeyer-Posner: ein ständiges Organisationscomité für die internationalen allgemeinen Congresse einzusetzen (vgl.

1) Der englische Satz, der sich kaum wörtlich übersetzen lässt, lautet: „In subtile ways the specialist is made, in the language of the police court, to feel his position."

Centralblatt, XXI, 1905, S. 420), — scheint nunmehr seiner Verwirklichung entgegenzugehen.

Erklärung.

In verschiedenen medicinischen und Tageszeitungen ist in der letzten Zeit eine Reihe von Artikeln veröffentlicht worden, welche das Wesen der sogenannten „Soldschreiber“ über medicinische Präparate beleuchten. Die Abfassung dieser Artikel ist theilweise geeignet, bei den Aerzten und dem Publicum irrige Auffassungen über die Art der Einführung neuer Heilmittel zu erwecken. Der „Verband der chemisch-pharmazeutischen Grossindustrie“ sieht sich deshalb zu folgender Erklärung veranlasst:

Der „Verband“ bekämpft das Soldschreiberwesen auf das Energischste und hat die gleichen Bestrebungen der „freien Vereinigung der medicinischen Fachpresse“ in jeder Weise thatkräftig unterstützt, wie dies auch von der „Vereinigung“ anerkannt worden ist.

Die dem „Verband“ angehörigen Firmen müssen mit aller Entschiedenheit der völlig haltlosen Auffassung entgegentreten, als hätten sie irgend ein Interesse an einer „Schönfärberei“ in den Publicationen über Arzneimittel. Ihr alleiniges Interesse ist das einer gründlichen, sorgfältigen und absolut einwandsfreien Prüfung ihrer Präparate durch anerkannte, unbeeinflusste Fachmänner. Eine solche Prüfung ist aber zur Erzielung von Fortschritten auf dem Gebiete der medicamentösen Therapie durchaus unentbehrlich.

Die in der Fachpresse erörterte Frage der Honorirung von Arbeiten über medicinische Präparate ist eine ärztliche Standesangelegenheit. Die unterzeichneten Firmen nehmen deshalb hierzu keine Stellung; sie halten es für ausgeschlossen, dass ein ehrenhafter Arzt seine Ansichten und die Ergebnisse seiner Untersuchungen irgendwie davon beeinflussen lassen könnte, ob ihm seine Arbeit und Mühe vergütet wird oder nicht. Diese Frage sollte mit der völlig anders gearteten Frage der Ausmerzung berufsmässiger Soldschreiber in keiner Weise verquickt werden.

Actiengesellschaft für Anilinfabrication, Berlin SO. 36.
C. F. Boehringer u. Söhne, Mannheim-Waldhof.
Chemische Fabrik auf Actien vorm. E. Schering, Berlin N. 39.
Chemische Fabrik Güstrow, Güstrow i. M.
Chemische Fabrik von Heyden, A.-G., Radebeul bei Dresden.
Farbenfabrik vorm. Friedr. Bayer u. Co., Elberfeld.
Farbwerke vorm. Meister, Lucius u. Brüning, Höchst a. M.
Gehe u. Co., A.-G., Dresden-N.
Gesellschaft für Chemische Industrie, Basel (Schweiz).
F. Hoffmann, La Roche u. Co., Grenzach (Baden).
Kalle u. Co., A.-G., Biebrich a. Rhein.
Knoll u. Co., Ludwigshafen a. Rhein.
E. Merck, Darmstadt.
Pearson u. Co., G. m. b. H., Hamburg.
J. D. Riedel, A.-G. (Chemische Fabriken), Berlin N. 39.
Schülke u. Mayr, Lysolfabrik, Hamburg.
Dr. Theinhardt's Nährmittel, G. m. b. H., Cannstatt-Stuttgart.
Vereinigte Chininfabriken Zimmer u. Co., G. m. b. H., Frankfurt a. M.

[Indem wir obige Erklärung gern, wie gewünscht, abdrucken, bemerken wir mit Bezugnahme auf die immer häufiger werdende Zusendung anonymer, offenbar zum Abdruck bestimmter Referate über neue Mittel und Behandlungsmethoden, dass das Centralblatt nur Berichte seiner eigenen Referenten aufnimmt. Red.]

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Februar. 1909. No. 2.

I. Zum 25jährigen Bestehen des Centralblatts.

Danksagung und Erklärung des Herausgebers.

Der Anfang des neuen Jahres hat mir die grösste Freude gebracht, die einem Menschen am Schlusse seiner Laufbahn zu teil werden kann: den Beweis, dass seine Bestrebungen von denjenigen, denen sie gewidmet waren, nicht nur anerkannt, sondern ihrer Dankbarkeit gewürdigt werden.

Ganz unerwartet ist mir beim Beginne des 25. Jahrganges des Centralblatts von meinen gegenwärtigen und einer Anzahl meiner früheren Mitarbeiter, von dem Verleger des Blattes, von der überwiegenden Mehrzahl der laryngologischen Gesellschaften der Welt, von einer grossen Zahl persönlicher Freunde und mir persönlich nicht bekannter Specialicollegen so viel Ehrung erwiesen, so viel Herzliches, Liebes und Gütiges gesagt worden, dass Worte nicht ausreichen, um den Gefühlen Ausdruck zu geben, die mein Innerstes bewegen. —

Es war meine Absicht gewesen, das Jubiläumsjahr des Centralblatts in aller Stille verstreichen zu lassen und erst in der Juninummer dieses Jahres, d. h. in dem Augenblicke, wo es thatsächlich ein Vierteljahrhundert bestanden haben wird, gleichzeitig mit einem kurzen Rückblick auf die Entwickelung unserer Specialität während der letzten 25 Jahre die Mittheilung zu machen, dass ich mit dem Abschluss dieser Nummer von der Redaction zurückträte, da ich an diesem Tage mich von der Praxis zurückzuziehen*), London zu verlassen und den Rest meiner Tage auf dem Lande zu verleben beschlossen habe. Demgemäss hatte ich weder in der Julinummer des letzten Jahres, in welcher das Blatt thatsächlich in sein 25. Lebensjahr eintrat — denn seine erste Nummer ist am 1. Juli 1884 erschienen und erst 10 Jahre später ist der Beginn des Jahrganges aus Zweckmässigkeitsgründen auf den Beginn des Kalenderjahres verlegt worden —, noch in der Januarnummer dieses Jahres, in welcher sein fünfundzwanzigster Band begann, mit einem Wort des Abschnittes gedacht, den ein vierteljahrhundertlanges Be-

*) Die von mir seit langer Zeit übernommene Verpflichtung, einen einleitenden Vortrag bei Gelegenheit des diesjährigen internationalen Congresses zu Budapest zu halten, werde ich selbstverständlich noch erfüllen.

stehen in dem Leben eines Blattes bedeutet, und hatte, wie schon erwähnt, beabsichtigt, alles, was ich hierüber vorzubringen habe, bei Gelegenheit des Abschlusses des Jubiläumsbandes zu sagen.

Aber der Mensch denkt, die Freunde und Collegen lenken! — Sie haben den Beginn des 25. Bandes des Centralblatts nicht vorübergehen lassen wollen, ohne diesem Blatte und seinem Begründer und Leiter in wahrhaft einziger Weise ihre Anerkennung seiner Bestrebungen kundzugeben, und sie haben mich dadurch zu einer Aenderung meiner bescheidenen Pläne gezwungen. Denn ich kann weder den Ausdruck meines innigen Dankes auf den Tag verschieben, an dem ich ursprünglich Abschied zu nehmen dachte, noch heute einfach danken, ohne meines unwiderruflichen Entschlusses Erwähnung zu thun, dass ich — entgegen den freundlichen, mir bei dieser Gelegenheit von allen Seiten ausgedrückten Wünschen und Hoffnungen — am Schlusse des thatsächlichen vierteljahrhundertlangen Bestehens des Centralblatts, d. h. am 30. Juni dieses Jahres, von der Stellung des Herausgebers zurücktreten werde.

Unter diesen Umständen sei es mir vergönnt, heute nur persönlich zu sprechen und meinen Bericht über die wissenschaftliche und medicinisch-politische Thätigkeit des Centralblatts während der verflossenen 25 Jahre, wie ursprünglich beabsichtigt, in der letzten unter meiner Leitung erscheinenden Nummer, d. h. im Juni dieses Jahres zu bringen.

Ich beginne mit einer kurzen Schilderung der dem Centralblatt beim Beginne seines 25. Bandes dargebrachten internationalen Ehrung.

Nicht weniger als neunzehn laryngologische Gesellschaften haben mir bei dieser Gelegenheit ihre Glückwünsche dargebracht.

Die laryngologische Section der Royal Society of Medicine of London gratulirte in ihrer letzten Sitzung durch den Mund ihres Präsidenten.

Die Berliner laryngologische Gesellschaft, die laryngologische Section der Königlich Ungarischen Gesellschaft der Aerzte, die American Laryngological Association, die laryngologische Section der New York Academy of Medicin, die laryngologische Section der American Medical Association, die Chicago Laryngological und Otological Society, die American Academy of Ophthalmology and Oto-Laryngology, die Oto-Rhino-Laryngologische Section der Schwedischen medicinischen Gesellschaft sandten herzliche Adressen, die beiden erstgenannten in wunderbarer künstlerischer Ausstattung.

Telegraphische Glückwünsche sandten: die Société Française de Laryngologie, die Société Parisienne de Laryngologie, der Verein Deutscher Laryngologen, die Gesellschaft Sächsich-Thüringischer Kehlkopf- und Ohrenärzte, die Vereinigung Westdeutscher Hals- und Ohrenärzte, die Wiener laryngologische Gesellschaft, die Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, die Dänische Oto-Laryngologische Gesellschaft, der St. Petersburger Oto-Laryngologische Verein und die Spanische Medicinisch-Chirurgische Academie, — letztere beide unter gleichzeitiger Verleihung ihrer Ehrenmitgliedschaft an den Herausgeber.

Ausserdem wurde derselbe davon benachrichtigt, dass die spanischen Collegen ihm eine künstlerisch ausgestattete Adresse und die Mitglieder der laryngologischen

Section der Londoner Royal Society of Medicine ein Album mit den Photographien sämmtlicher Mitglieder überreichen würden. — Erstere ist inzwischen eingetroffen. Sie besteht in einer herrlichen Nachbildung eines Portals der Alhambra in Gold auf Stahl, die eine überaus schmeichelhafte Widmung trägt, und in ihrem Inneren ein Album mit den Autographen sämmtlicher spanischer Laryngologen enthält.

Ferner lief eine grosse Anzahl privaten Zuschriften, Glückwünschen anderer Specialzeitschriften s. s. w. ein.

Eine ganz einzige Freude wurde mir durch die Liebesgabe der gegenwärtigen, einer Anzahl von früheren*) Mitarbeitern und des Verlegers des Centralblatts bereitet. Dieselben haben mir ein herrliches silbernes Kästchen, das aus der Meisterwerkstatt von Tiffany in New York stammt und eine getreue Wiedergabe eines gebundenen Bandes des Centralblatts darstellt, gestiftet. Auf seinem Deckel trägt dasselbe in erhabener Prägung, in genauer Nachahmung des Titels des Centralblatts, und mit Angabe der Namen aller Beitragenden, eine so herzliche Widmung und eine so überreiche Anerkennung meiner Bemühungen, dass ich nur mit Hans Sachs in den „Meistersingern" ausrufen kann:

„Euch macht Ihr's leicht, mir macht Ihr's schwer,
„Gebt Ihr mir Armen zuviel Ehr'!"

Wahrlich: mein Herz ist, während ich diese Zeilen schreibe und auf die vor mir liegenden Zeichen von gütiger Anerkennung und persönlicher Zuneigung blicke, so voll von Rührung und Dankbarkeit, dass ich nicht weiss, wie ich diesen Gefühlen Ausdruck geben soll, ohne in Ueberschwänglichkeit zu verfallen! — Ich kann nur sagen: Dank, innigsten, herzlichsten Dank allen, die dazu beigetragen haben, mir diesen Gedenktag und gleichzeitig den Vorabend meines Scheidens aus der activen Thätigkeit so schön, so erhebend zu gestalten! — Denn welcher Formen der Anerkennung ein Mann sich auch in seinem Leben zu erfreuen haben mag — nichts ist doch so werthvoll, als der Beifall seiner eigenen Fachgenossen, derjenigen, die das beste Urtheil über seine Leistungen haben! —

Aber während ich so spreche, fühle ich wie der Dirigent, der am Schlusse eines Tonstücks, während das Publikum ihm zujubelt, seine Hände nach seinen Orchestermitgliedern ausstreckt, als stummes Zeichen, dass der Applaus ihnen mindestens ebenso gebühre, wie ihm selbst! — Das gilt wahrlich für die ständigen Mitarbeiter des Centralblatts! — Was hätte ich mit allen meinen Ideen für die Errichtung eines internationalen Organs für die Interessen der Laryngologie erreichen können, wenn ich nicht vom ersten Augenblicke an und während der ganzen verflossenen fünfundzwanzig Jahre treue, ausdauernde, uneigennützige Mitarbeiter in aller Herren Ländern gefunden hätte, welche diese Ideen in die That umgesetzt haben und sie in stiller Arbeit noch heute fortsetzen? — Und wenn in der Adresse der Berliner Laryngologischen Gesellschaft freundlich hervorgehoben wird, dass es nicht häufig sei, dass ein und derselbe Autor während fünf Lustren ein wissenschaftliches Blatt leite, so ist es sicherlich noch bemerkenswerther, dass von den zwölf Mitarbeitern, mit denen ich am 1. Juli 1884 das Werk des Centralblatts begann, noch heute, nach einem Vierteljahrhundert, nicht weniger als sechs: Bayer

*) B. Fränkel, Landgraf, Lunin, E. Meyer, R. Semon.

(Brüssel), O. Chiari (Wien), G. Jonquière (Bern), G. M. Lefferts (New York), E. J. Moure (Bordeaux), E. Schmiegelow (Kopenhagen), mir in treuer Genossenschaft zur Seite stehen! — Was das besagen will, welche aufopfernde Tätigkeit da von vielbeschäftigten Männern während dieser langen Zeit unentgeltlich und nur von dem Wunsche beseelt, die literarische Arbeit ihrer Collegen zu erleichtern, geleistet worden ist, erhellt aus der einzigen Thatsache, dass mein lieber alter Freund und amerikanischer Mitarbeiter, George Lefferts, seit der Gründung des Blattes zu seinem Inhalt nach geringster Schätzung **über 7000 Referate** beigesteuert hat! —

Die mir gespendete gütige Anerkennung gebührt in gleichem Maasse diesen Getreuen, ebenso wie den später hinzugetretenen Mitarbeitern, von denen ich unseren Viceredacteur, Dr. Georg Finder namhaft machen muss, der seit vielen Jahren die auf ihn entfallende riesige Arbeit: sämmtliche Uebersetzungen zu besorgen und das Blatt allmonatlich für den Druck herzustellen, in geradezu mustergültiger Weise geleistet hat. Aber auch denjenigen unserer früheren Mitarbeiter, die durch Zunahme anderweitiger Verpflichtungen gezwungen waren, aus ihrer Thätigkeit für das Centralblatt auszuscheiden, sei bei dieser Gelegenheit wärmster Dank dargebracht. Und ich hoffe, man wird es verstehen, wenn ich persönlich meinen lieben Mitarbeitern, Dr. Emil Mayer (New York), auf dessen Initiative, wie ich höre, die mir soeben zu Theil gewordene internationale Auszeichnung zurückzuführen ist, sowie Prof. Rosenberg (Berlin), der ihm hierin treu zur Seite gestanden hat, und dem die sinnige Form der Liebesgabe der Mitarbeiter ihren Ursprung verdankt, hier auch öffentlich herzlichst zu danken wünsche.

Frage ich mich nun, ob das Blatt in den 25 Jahren seines Bestehens denn auch wirklich die aussergewöhnliche Anerkennung verdient hat, die ihm soeben erzeigt worden ist, so bin ich mir klar darüber, dass es nicht möglich gewesen ist, alle die Ideale zu verwirklichen, die mir bei seiner Gründung vorschwebten.

Vier Punkte waren es, die meiner Absicht nach dem Unternehmen einen ganz besonderen Stempel aufdrücken sollten: es wollte „schnell, zuverlässig und übersichtlich alles" melden, was im jeweiligen Augenblicke in unserer Specialität vor sich gehe. (Vgl. den Prospect des Blattes, Vol. I, No. 1, S. 2, 1884.)

Bezüglich des ersten und letzten dieser Punkte haben sich beim besten Willen meine Versprechungen nicht völlig einhalten lassen.

Was die Schnelligkeit der Berichterstattung anbetrifft, so habe ich vor 15 Jahren in dem Artikel, welcher dem zehnjährigen Bestehen des Centralblatts gewidmet war (Vol. X, 1894, S. 598), die Gründe auseinandergesetzt, welche es uns schon damals unmöglich machten, dem Ideal einer schnellen Berichterstattung nachzukommen, und brauche daher heute nur auf die damaligen Ausführungen zu verweisen. Die bezüglichen Schwierigkeiten haben sich seit jener Zeit in Folge der immer mehr zunehmenden Zersplitterung der laryngo-rhinologischen Arbeiten noch beträchtlich gehäuft und scheinen bei einem Blatte, das sich möglichster Vollständigkeit in seinen Referaten zu befleissigen sucht, — vorläufig wenigstens — unüberwindlich.

Aber auch diese Vollständigkeit ist keine absolute geworden, und zwar einerseits wiederum in Folge der zunehmenden Zersplitterung, die eine vollständige Controlle seitens des Herausgebers immer mehr erschwert und thatsächlich unmöglich macht, andererseits aus den Gründen, welche in dem oben citirten Leitartikel namhaft gemacht worden sind (l. c. S. 597). Immerhin glaube ich sagen zu dürfen, dass wir das Erreichbare nahezu erreicht haben. Wenn das Centralblatt seinen 25. Band abschliesst, so werden in ihm zwischen 45000 und 50000 laryngologische und rhinologische Arbeiten aus den Jahren 1884—1909 referirt worden sein. — Ohne ruhmredig zu sein, glaube ich sagen zu können, dass es wenige referirende Journale in der medicinischen Literatur geben dürfte, welche eine gleiche Vollständigkeit in dem von ihnen bebauten Gebiet erreicht haben.

Was endlich die Uebersichtlichkeit und Zuverlässigkeit unserer Berichte anbetrifft, so sind in diesen Beziehungen, denke ich, alle Versprechungen des Prospectes eingelöst worden. Gegen die Anlage des Blattes hat sich niemals Einspruch erhoben, und die Zuverlässigkeit und Objectivität unserer Referate und Kritiken ist eine solche gewesen, dass ich bei dieser Gelegenheit mit Freude und Stolz die Thatsache constatiren kann, dass seit vielen Jahren kaum je eine bezügliche Reclamation an mich gelangt ist. In den ganz vereinzelten Fällen dieser Art handelte es sich fast ausnahmslos um unbeabsichtigte Uebersehen oder in gutem Glauben begangene kleine Irrthümer; bittere Polemiken zwischen Recensenten und Autoren sind seit langen Jahren glücklicherweise ganz aus unseren Spalten verschwunden.

Was aber das Schönste ist und mich persönlich am allermeisten freut, ist, dass meine Absicht erreicht worden ist, das Centralblatt zu einem wirklich internationalen Organ zu machen! — Dass mir dies thatsächlich gelungen ist, darüber lässt die mir soeben dargebrachte herzerfreuende Ehrung keinen Zweifel in meinem Geiste. Wenn sich die grosse Mehrzahl der repräsentativen laryngologischen Gesellschaften der Welt zu dem sicherlich sehr ungewöhnlichen, wenn nicht einzigen Schritte entschliesst, den Herausgeber eines Specialjournals nicht nur zum 25jährigen Bestehen seines Blattes zu beglückwünschen, sondern ihm in den meisten ihrer Adressen, Briefe und Telegramme direkt zu sagen, dass dieses Blatt die Interessen unserer Specialität beträchtlich gefördert, die literarische Arbeitslast der Angehörigen dieser Gesellschaften beträchtlich erleichtert habe, — so ist mir dies der schönste Beweis, dass, wenn auch das Centralblatt in einer einzelnen, der deutschen, Sprache erscheint, die Laryngologen anderer Länder und anderer Sprachkreise erkannt haben, dass es niemals den Interessen eines einzelnen Landes, einer einzelnen Sprache, einer einzelnen Schule gewidmet gewesen ist, sondern sich bemüht hat, der ganzen Laryngologie zu dienen! — In diesem Sinne kann ich gar nicht sagen, wie sehr mich die Anerkennungen aus Frankreich, England, Amerika, Russland, Spanien, Ungarn, Holland, Dänemark, Schweden erfreut haben! —

Hätte irgend etwas mich bewegen können, meine seit lange gehegte Absicht, mich beim Abschlusse des 25. Bandes des Centralblatts aus der Praxis zurückzuziehen, zu verschieben — wahrlich diese grossartige internationale Ehrung wäre

es gewesen! — Aber selbst sie vermag nicht, die verschiedenen Gründe, welche mich zu meinem Entschlusse bewogen haben, umzustossen. Und hieraus ergiebt sich die logische Nothwendigkeit, von der Redaction des Centralblattes zurückzutreten. Denn der Herausgeber eines solchen Blattes muss mit beiden Füssen in der Arena stehen, nicht die Entwicklung der Dinge von dem conservativen Standpunkte eines alten Generals a. D. betrachten! —

Ich habe die Genugthuung zu wissen — und dies macht mir das Scheiden etwas leichter —, dass das Centralblatt auch weiterhin in dem Sinne geleitet werden wird, in welchem ich seinen Geschicken 25 Jahre lang vorgestanden habe, und welcher soeben das Glück gehabt hat, in so ausnahmsweiser Form von den Fachgenossen der meisten Culturländer gebilligt zu werden.

Im Einverständniss mit dem Verleger, meinem lieben Freunde, Herrn Albert Abor, dessen gutes Einvernehmen mit mir während des 25jährigen Bestehens des Centralblattes niemals einen Augenblick getrübt gewesen ist, habe ich unseren langjährigen Viceredacteur, Herrn Collegen G. Finder (Berlin) aufgefordert, mein Nachfolger zu werden, und er ist auf meinen Wunsch eingegangen. Ich habe Herrn Finder gewählt, nicht nur weil er mit dem Geschäftsgang des Centralblatts vertraut ist, wie kein Anderer, und weil seine ungewöhnlichen Sprachkenntnisse ihn dazu befähigen, leicht mit den Angehörigen anderer Sprachkreise zu verkehren, was für das Centralblatt eine wichtige Sache ist, und nicht nur weil ich aus eigener Erfahrung seine Tüchtigkeit, seinen Fleiss, seine Liebenswürdigkeit und seine Regelmässigkeit im Einhalten seiner Verpflichtungen kenne, sondern vor allen Dingen, weil ich überzeugt bin, dass er das Centralblatt in dem Sinne weiter leiten wird, dass es nach wie vor die Sammelstelle aller Beiträge zu unserer Fachliteratur bleibt, dass Referate und Kritiken auch weiterhin von den Berufensten und Objectivsten unter unseren Fachgenossen geliefert werden, dass das Blatt keinem Lande und keiner Partei, sondern den Interessen der ganzen Laryngologie dient, und dass es die Selbstständigkeit unserer Specialität in alter Weise weiter verficht! —

Ich bitte die Fachgenossen aller Länder, die mir soeben ihr Vertrauen in so rührender Weise kundgegeben haben, und meine lieben Mitarbeiter, meinem Nachfolger seiner Zeit mit Vertrauen entgegenzukommen und ihm seine Aufgabe nach jeder Richtung hin zu erleichtern. Ich selbst werde ihm gern, soweit er es wünscht, mit Rath und That zur Seite stehen und verzichte auch nicht darauf, gelegentlich selbst das Wort zu ergreifen, wenn wissenschaftliche oder medicinisch-politische Fragen es mir wünschenswerth machen sollten, dies zu thun.

Allen Denjenigen, die mir den Gedenktag des Beginnes unseres 25. Bandes zu einem unvergesslichen gemacht haben, noch einmal innigsten, herzlichsten Dank!

Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Koch** (Schöneberg). **Jahresbericht des Sanatoriums Schömberg für 1907.** *Württemb. Med. Correspondenzblatt. 1908.*

Im Jahre 1907 betrug die Zahl der behandelten Kranken 397 (233 männliche und 164 weibliche). Tuberculöse Erkrankungen des Kehlkopfes wurden bei 59 Kranken (14,7 pCt.) behandelt, ausserdem kamen noch 7 Internus- und 2 Posticuslähmungen, eine postdiphtheritische und eine hysterische Stimmbandlähmung zur Beobachtung.

SEIFERT.

2) **Fallas. Statistischer Bericht des otolaryngologischen Dienstes im St. Johanneshospital in Brüssel. (Relevé statistique du service d'otorhinolaryngologie de l'hôpital St. Jean de Brüssel. Dienst von Dr. V. Delsaux.)** *La Presse otolaryngol. belge. No. 3. 1908.*

Im Jahre 1907 besuchten 19632 Kranke, davon 2602 neue, die Klinik. Im Ganzen wurden 983 Operationen, grosse und kleine, vorgenommen, bald unter Cocain, bald unter Bromäthyl, bald unter Chloroform. Auf die letztere kommen 25 fürs Ohr, die Schädelsinus und das Gehirn; 10 auf die Nase, die Nasennebenhöhlen und den Nasopharynx; 4 auf den Larynx, 3 auf den Mund und 6 auf verschiedene Organe.

PARMENTIER.

3) **E. J. Moure** und **A. Bouger fils. Neuro-congestive Störungen in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Des troubles neuro-congestifs en oto-rhino-laryngologie.)** *Rev. hebdomad. de laryngologie. No. 24. 13. Juni 1908.*

Unter obigem Titel verstehen Verf. eine besondere Reflexsensibilität, die zu vasomotorischen Erscheinungen führen kann; sie fassen diesen Zustand auf als eine constitutionelle Disposition des Gewebes, die nach ihnen von einer Diathese herrührt. Sie theilen diese neuro-congestiven Störungen in zwei Categorien: die einen gehen ohne trophische Störungen einher, die anderen sind von solchen begleitet. Verf. besprechen die einzelnen hierher gehörigen Affectionen und geben für sie die geeignete Therapie an.

BRINDEL.

4) **Onodi. Beziehung zwischen Erkrankungen der Nase, des Nasenrachenraums und denen des Auges. (Connection between diseases of the nose and nasopharynx and those of the eye.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juli 1908.*

O. bespricht in dieser ausführlichen Arbeit alle die krankhaften Erscheinungen am Auge, die in Folge von Nebenhöhlenaffectionen auftreten können. LEFFERTS.

5) **Baumgarten** (Budapest). **Kehlkopf- und Rachensymptome bei den Erkrankungen des Herzens und der grossen Gefässe.** *Med. Klinik. 48. 1908.*

Nach seinen Erfahrungen kommt B. zu dem Resultat, dass von den objectiven und subjectiven Kehlkopferscheinungen auf eine bestimmte Erkrankung des Herzens oder der grossen Gefässe ein Schluss nicht gezogen werden kann. Als häufigste Veränderungen im Rachen bei Affectionen des Herzens und der grossen

Gefässe führt er an Anämie der Schleimhaut, Pharyngitis sicca (mit Neigung zu Blutungen). Die Hyperämie des harten Gaumens kommt wie die Hypertrophie der Trachea bei Herzkrankheiten häufiger vor.

SEIFERT.

6) **R. C. Young. Mundathmung. (Mouth-breathing.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Verf. betrachtet die Mundathmung speciell in ihren Beziehungen zu Deformationen der Kiefer.

LEFFERTS.

7) **Wm. G. Harrison. Mundathmung. (Mouth-breathing.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

8) **D. S. Dougthery. Mundathmung und deren schädliche Wirkungen. (Mouth-breathing with reference to its deleterious effects.)** *Pediatrics. December 1907.*

Verf. erkennt an, dass man die fehlerhafte Athmung wegen ihrer schädlichen Wirkungen nicht früh genug bekämpfen könne, wendet sich jedoch auf Grund von 100 genau beobachteten Fällen gegen die Anschauungen extremer Theoretiker, wonach es scheinen könne, als ob man in moralischer und intellectueller Hinsicht die Kinder durch die blosse Anwendung des Adenotoms bessern könne.

EMIL MAYER.

9) **G. E. Vaughan. Schnarchen, Mundathmen. (Snoring; mouth-breathing.)** *N. Y. Medical Record. 9. Mai 1908.*

Die Rhinitis hyperplastica wird als Ursache der Mundathmung bei Kindern gegenüber den adenoiden Vegetationen und der Gaumenmandelhyperplasie oft vernachlässigt. Verf. glaubt, dass alle drei Zustände auf eine Grundursache zurückzuführen seien, ohne von einander abhängig zu sein. Man solle nach Entfernung der Tonsillen und Adenoiden auch darauf achten, ob die Mundathmung wirklich verschwinde.

LEFFERTS.

10) **Vittorio Grazzi. Die Behandlung einiger Affectionen der oberen Luftwege mit den Wässern von Puzzola (Porretta). (La cura di alcune affezioni delle prime vie respiratorie colle acque della Puzzola [Porretta].)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio, della gola e del naso. Juni 1907.*

Verf. hat von dem Gebrauch des Schwefelwassers von Porretta, das er in dem daselbst befindlichen rhinolaryngiatrischen Cabinet in Form von Inhalationen oder Sprays gebrauchen lässt, bei chronischen Katarrhen und Chorditis nodosa, wie sie besonders bei Sängern, Rednern etc. sich häufig finden, bei Erschlaffung der Stimmbänder, chronischen Rhinitiden etc. sehr gute Erfolge gesehen, die günstige Wirkung auch an sich selbst zu erproben Gelegenheit gehabt.

FINDER.

11) **Decréquy. Ueber einige Anwendungsweisen der Elektricität in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Sur quelques applications de l'électricité à l'oto-rhino-laryngologie.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. I. Januar 1908.*

Verf. berichtet über die Versuche, die er mit der Elektricität nach dem Bei-

spiel von **Tommasi** und **Dionisio** bei Ozaena, ebenso bei chronischer hyperplasirender Pharyngitis, bei Heuschnupfen und bei Larynxtuberculose gemacht hat.

BRINDEL.

12) **G. Gradenigo. Ueber die therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen und des Radiums bei Affectionen der oberen Luftwege. (Sull'azione terapeutica dei raggi Roentgen e del radium nelle affezzioni dello prime vie aeree.)** *Arch. Ital. di Otologia. III. 1908.*

Verf. bespricht zuerst die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen und zwar 1. bei äusseren Erkrankungen der Nase und Lippen. Bei Ulcus rodens räth Verf. zur chirurgischen Operation und nachheriger Anwendung der Röntgenotherapie. Er empfiehlt diese bei Lupus vulgaris und erythematodes, Tuberculose der äusseren Nase, chronischem Eczem des Naseneingangs. 2. Von den Affectionen der inneren Nase, des Rachens und Kehlkopfs, bei denen Verf. die Anwendung der Röntgenstrahlen empfiehlt, seien genannt: Rhinosklerom, Leukoplakia buccalis. Während bei den Sarkomen und Carcinomen der Nasenhöhle, der Zunge und der Lippen die Röntgenstrahlen sich als unwirksam erweisen und nur insofern einen gewissen günstigen Effect haben, als sie die Geschwüre zur Reinigung bringen, den Fötor herabsetzen und analgetisch wirken, haben sie eine ausgesprochen günstige Wirkung bei den malignen Lymphomen. Wenig ermuthigend sind die Erfolge bei Larynxtuberculose und Larynxcarcinom; bei letzterem hat die chirurgische Behandlung Platz zu greifen. Verf. bespricht dann noch die für die Anwendung der Röntgenstrahlen in den oberen Luftwegen angegebenen Apparate und spricht die Hoffnung aus, dass, wenn gewisse technische Schwierigkeiten überwunden sein werden, die Resultate, speciell auch bei malignen Tumoren bessere sein werden.

Auch das **Radium** entfaltet seine Wirkung besonders beim Ulcus rodens, bei Lupus, kleinen Angiomen und Warzen der Haut, weniger bei Lupus und Tuberculose des Naseninneren; Besserungen werden erreicht bei Ozaena und Rhinosklerom, keine günstige Wirkung wurde erzielt bei malignen Geschwülsten der Zunge und des Larynx, wogegen solche bei Oesophaguscarcinom berichtet werden.

FINDER.

13) **L. Réthi** (Wien). **Einiges über die Schwierigkeiten der laryngoskopischen Untersuchung bei Hyperästhesie der Rachengebilde.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 4. 1908.*

Es giebt eine Reihe überempfindlicher Personen, bei denen das suggestive Vorgehen ebenso wenig wie die übliche Cocainisirung ein Laryngoskopiren ermöglicht. Bisweilen hilft da die von **Fournié** angegebene Cocainisirung der Regio glosso-epiglottica. Bei einzelnen Fällen indess befindet sich die reflexauslösende Stelle anderswo, nämlich „am Fusse des vorderen, zuweilen des hinteren Gaumenbogens, an der Uebergangsstelle in den seitlichen Zungenrand, bezw. in die hintere Rachenwand“, deren hier befindliche sensible Nerven durch Vorstrecken der Zunge gezerrt werden. Eine Bepinselung **dieser** Gegend mit 10proc. Cocain hebt oft den Würgreflex auf und ermöglicht jeden intralaryngealen Eingriff, obwohl vorher

die Cocainisirung aller anderen Regionen erfolglos geblieben. „Auch da muss man mitunter, wie beim Cocainisiren überhaupt, längere Zeit hindurch zuwarten, bis sich die Anästhesie einstellt.“

HECHT.

14) **H. Tilley** (London). **Directe Untersuchung von Kehlkopf, Trachea und Oesophagus mittels Brünings'scher Instrumente. (Direct examination of the Larynx, Trachea and Oesophagus by Brünings' Instruments.)** *Lancet. London. II. p. 1359. 1908.*

Verf. erinnert an die Arbeit, die Killian auf diesem Gebiete geleistet hat und speciell an seine Demonstration vor der Brit. Medical Association, Meeting 1902. Er beschreibt dann detaillirt die Modificationen, die Brünings an dem Instrumentarium vorgenommen hat und weist an der Hand von Photographien und Zeichnungen die grosse Bedeutung der Methode nicht nur für Fälle von Fremdkörpern, sondern auch für sonstige krankhafte Zustände nach.

JAMES DONELAN.

15) **Delore** und **Maire** (Lyon). **Ein Fall von Verletzung des Halses und Kehlkopfs mittels schneidenden Instruments. (Un cas de plaie du cou et du layrnx par instrument tranchant.)** *Lyon médical. 23. September 1908.*

Es handelt sich um einen Schnitt mit dem Rasirmesser, der eine weite Oeffnung in den Larynx setzte. Verff. begnügten sich damit, dass eine Naht durch die Membrana thyreoidea gelegt wurde, sorgten aber dafür, dass die Verbände steril waren und häufig erneuert wurden. Pat. genas, ohne dass bronchopneumonische Erscheinungen aufgetreten waren, das Eintreten solcher lasse sich leicht durch absolute Sterilität der Verbände vermeiden. Verf. führt vier in gleicher Weise glücklich verlaufene Fälle an.

GONTIER de la ROCHE.

16) **Morestin** (Paris). **Suprahyoidale Wunde. Durchschneidung der Zungenbasis, breite Eröffnung des Pharynx; persistirende Haut-Rachenfistel. Operation. Heilung. (Plaie sus-hyoidienne; section de la base de la langue et large ouverture du pharynx; orifice pharyngo-cutané persistant; opération reparatoire; guérison.)** *Bulletin de la société de chirurgie. 12. Mai 1908.*

Es ist in solchen Fällen besser, nicht gleich zu operiren, wie es bei tiefer gelegenen Wunden indicirt ist. Das Resultat im vorliegenden Falle war ausgezeichnet.

GONTIER de la ROCHE.

17) **Schoeffer. Physiologie der Thymusdrüse. (Physiologie du thymus.)** *Progrès médical. No. 39. 26. September 1908.*

Die Thymusdrüse ist nicht nur ein Organ für Leukocytenbildung; es scheint auch ein enger Zusammenhang zu bestehen zwischen ihrer Involution und der Entwicklung der Geschlechtsorgane. Sie persistirt länger bei kastrirten Thieren.

GONTIER de la ROCHE.

18) **T. Schwinn. Asthma thymicum. (Thymic asthma.)** *N. Y. Medical Record. 4. Juli 1908.*

Verf. berichtet über einen mittels Operation geheilten Fall von Asthma thymicum. Er ist der Ansicht, dass der Thymusdrüse gegenüber dieselben Indicationen zur Operation Geltung haben, wie bei der Schilddrüse; ebenso wie von dieser solle

man auch von jener ein Stück bei der Operation zurücklassen. Hyperplasie der Thymusdrüse sei eine häufigere Ursache plötzlicher Todesfälle als man gemeinhin glaube. Das beste diagnostische Hülfsmittel ist das Radiogramm, die beste Behandlung besteht in der Operation. Verf. stellt in Kürze 6 aus der Literatur gesammelte Fälle von operativ behandelter Thymushyperplasie zusammen und berichtet über einen eigenen Fall, in dem gleichzeitig der hyperplasirte linke Schilddrüsenlappen entfernt wurde. Die Resultate waren in allen Fällen gut.

LEFFERTS.

19) Thomas J. Harris. **Ein Fall von branchiogener Cyste. (A case of branchiogenetic cyst.)** *The Laryngoscope. August 1908.*

Bericht eines seltenen Falles, der sonst in klinischer Beziehung nichts Neues bietet.

EMIL MAYER.

20) Carlton P. Flint. **Sinus der ersten Kiemenspalte. (Sinus of first branchial cleft.)** *Annals of Surgery. August 1908.*

Gewöhnlich gehen diese Bildungen vom ersten Kiemengang aus. In vorliegendem secundären Fall war Schilddrüsengewebe vorhanden und die Höhle lag hinter und unter der oberen Portion des Sternocleidomastoideus.

EMIL MAYER.

21) J. Duvergey. **Einige Betrachtungen über einen Fall von Dermoidcyste. (Quelques considérations sur un cas de kyste dermoide.)** *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. 17. September 1907.*

Es handelte sich um eine Cyste, die gleichzeitig subhyoidal und sublingual war. Die innere Auskleidung war hier dermischer Natur und zeigte Papillen.

BRINDEL.

b. Nase und Nasenrachenraum.

22) O. Polimanti. **Beitrag zur Physiologie der Rhinencephalen. (Contribution à la physiologie du rhinéncephale.)** *Journ. de physiol. et de pathol générale. T. X. p. 634.*

Die theilweise oder ganze Exstirpation des Riechlappens erzeugt nur für kurze Zeit, höchstens einen Monat, den Verlust des Geruches.

J. KATZENSTEIN.

23) W. Kolmer. **Zur Kenntniss der Riechepithelien.** *Anat. Anzeiger. Bd. 30. S. 513.*

Verf. studirte die Riechepithelien von Knochenfischen mittels der Cajal'schen Silberimprägnationsmethode. Die Riechnervenfasern biegen in der Submucosa rechtwinklig um, gehen dann ins Epithel und haben im Bindegewebe reichliche Plexusbildung. Im basalen Theil der Zellen trennen sich die Fasern und umziehen den Kern in Fibrillenzügen. In der Nähe des Kerns ist stets ein dicker Ring aus sehr feinen, dicht aneinandergelagerten Fibrillen zu bemerken, der gewöhnlich mit den Riechnervenfasern zusammenhängt.

J. KATZENSTEIN.

24) H. Zwaardemaker. **Ueber die Absorption vom Muscongeruch auf Oberflächen von verschiedenem Material. (On the adsorption of the smell of muscon by surfaces of different material.)** *Onderzoekingen in het physiol. labor. Utrecht. 5. Reihe. VIII.*

25) H. Zwaardemaker. **Ueber die Qualitäten des Geruchsinnes.** *Ibid.*

26) J. van der Hoeven Leonhard. **Ueber ein abweichendes Geruchssystem.** *Ibidem.*

27) H. Zwaardemaker. **Ueber Geruchsverwandtschaften. (Over geurverwantschappen.)** *Verh. Kon. Arch. v. Wetensch. Amst. 1907.*

Experimentelle Untersuchungen über die Physiologie des Geruches.

H. BURGER.

28) Plass (Hamburg). **Bulbärsymptome und Anosmie bei Syringomyelie.** *Diss. Würzburg 1907.*

Bei einem 41jähr. Manne mit den übrigen Erscheinungen der Syringomyelie wurde eine hemilaterale Anästhesie des Trigeminus, verbunden mit vollkommener Hemiageusie und Hemianosmie constatirt.

SEIFERT.

29) Thomas J. Harris. **Ein Fall von Hyperosmie. (A case of Hyperosmia.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Verf. diagnosticirte eine Anosmie als secundäre Erscheinung nach Störungen im Gastrointestinaltract. Unter localer Anwendung von 25proc. Argyrollösung, combinirt mit dem Gebrauch des galvanischen Stromes trat eine Besserung des Zustandes ein.

EMIL MAYER.

30) Harry Kahn. **Subjective Geruchsempfindungen und deren Bedeutung. (Subjective sensations of smell and their significance.)** *Journal of Ophthalmology. Otology and Laryngology. April 1908.*

Verf. ist der Ansicht, dass Parosmie in allen Fällen auf einen bestimmten pathologischen Zustand und zwar in einer grossen Anzahl auf Nebenhöhleneiterung zurückzuführen sei; meist handele es sich um Highmorshöhlenempyem.

EMIL MAYER.

31) Kobrak (Berlin). **Ueber subjective Kakosmie.** *Med. Klinik. 48. 1908.*

Mittheilung von zwei Fällen, in welchen es sich um rein nervöse migränoide Form der Kakosmie handelte. K. stellt sich solche Parosmien vor mitbedingt durch Gefässkrämpfe im Riechcentrum. Beide Personen litten an ausgesprochener Gefässneurose. Therapie besteht im Wesentlichen in psychischer Beeinflussung.

SEIFERT.

32) Lennhoff (Berlin). **Ueber subjective Kakosmie.** *Med. Klinik. 30. 1908.*

Bei Klagen über Kakosmie soll erst festgestellt werden, ob es sich um subjective oder objective Kakosmie handelt, und wenn die erstere Form diagnosticirt ist, möge man den Grad des Riechvermögens untersuchen, um Hyperosmie auszuschliessen. Liegt solche vor, dürfte es sich um allgemeine Nervosität handeln, die mit Nervinis behandelt werden muss. Anderenfalls wird nach der Quelle der sub-

jectiven Kakosmie zu fahnden sein, Nebenhöhlenerkrankungen, Veränderungen im Schlundring genau berücksichtigt werden müssen.

SEIFERT.

33) **Grossmann** (Wien). **Beitrag zur Lehre von den reflectorischen vasomotorischen Störungen nasalen Ursprungs.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Nach seinen Versuchsergebnissen fand G. die Angaben François Franck's, dass sich der Arteriendruck in einzelnen Gefässbezirken auf Nasenreizung verschieden verhalte, nicht bestätigt: er constatirte vielmehr, dass bei Nasenreizung der arterielle Druck constant und ausnahmslos in allen Gefässverzweigungen steigt.

HANSZEL.

34) **v. Lenárt. Ueber Kopfschmerzen nasalen Ursprungs.** *„Gégészet", Beiheft zu Budapesti Orvosi Ujság. No. 14. 1908.*

Uebersicht über die bekannten Thatsachen zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

v. NAVRATIL.

35) **S. von Stein. Fall von langsamer Athmung nasalen Ursprungs. (Slutschai medlenawo dichamja nosewowo proischochdenija.)** *Jeshemesjatschnik. No. 7. 1907.*

Die 11jährige Patientin athmet in der Minute etwa 5 Mal. Während einer Erregung tritt zunächst Beschleunigung und hernach vollständiges Cessiren der Athmung ein. Nach Beseitigung der Muschelhypertrophien völlige Heilung.

P. HELLAT.

36) **Réthi** (Wien). **Etwas über nasale Reflexneurosen.** (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener med. Wochenschrift. No. 16. 1908.*

Reine nasale Reflexneurosen sind selten. Am häufigsten werden Neuralgien, Asthma und Reflexhusten beobachtet. Auch normal aussehende Schleimhautpartien können reflektorisch Erscheinungen auslösen und durch oberflächliche Aetzungen dieser Stellen ist man im Stande, mitunter die Hyper- oder Parästhesien zu beheben.

HANSZEL.

37) **Wme. N. Robertson** (Bristol.) **Behandlung des Asthma. (Treatment of asthma.)** *Australasian Med. Gazette. 20. Mai 1908.*

In einer Discussion über dieses Thema betont R., dass Beseitigungen von Septumverbiegungen oft einen grossen Erfolg haben.

Gibson glaubt nicht, dass eine „nasale Neurose" jemals in einer gesunden Nase die Ursache des Asthmas darstelle. Er behauptet, niemals Asthma mit einer normalen Nase gesehen zu haben.

A. J. BRADY.

38) **L. Detre** (Budapest). **Das Heufieber im Lichte der Immunitätslehre. (A szénaláz ar immunitástan világitásában.)** *Budapesti orvosi ujság. 1908. Beilage Közegészégtani stb. szemle. No. 2.*

Dunbar's Ansichten und die Anwendung des Pollantin werden auf theoretischer Grundlage vertheidigt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

39) **Berliner** (Breslau). **Zur Behandlung des Heufiebers.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 13. 1906.*

Verf. konnte in mehreren Fällen, auch solchen, bei denen das Dunbar'sche Pollantin versagt hatte, durch Application des constanten Stromes (5 Milliampères) auf die Nasenschleimhaut die Heufiebersymptome beseitigen oder wesentlich vermindern. Er empfiehlt diese Methode zur Nachprüfung. ZARNIKO.

40) **J. Ph. Elias** (Rotterdam). **Heufiebertherapie. (Hooikoorts-therapie.)** *Med. Weekbl. 8. Juni 1907.*

Ueberblick über den jetzigen Stand der Heufieberbehandlung. H. BURGER.

41) **Heymann** (Berlin). **Zur Lehre vom Heufieber.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 13. 1907.*

Der Autor untersuchte 120 Fälle von Heufieber. In keinem Fall liessen sich in der Nase besondere Veränderungen nachweisen, die als charakteristisch für Heufieber gelten könnten. Dagegen scheinen die Beschwerden bei engen Nasen stärker zu sein. Eingriffe, die bei engen Nasen die Durchgängigkeit erhöhen, mildern die Heufiebererscheinungen. Die Operationen sollen aber nur in der heufieberfreien Zeit vorgenommen werden.

Verf. rät zu einem Versuch mit Schilddrüsenpräparaten, da er bei 19 Fällen der Anwendung positive Resultate, bestehend in Besserung resp. milderem Auftreten des Heufiebers, gesehen hat. ALBANUS (ZARNIKO).

42) **Weichardt** (Erlangen). **Zur Heufieberfrage.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 21. 1907.*

Verf. stellt folgende Sätze auf:

1. Es war Pflicht der experimentell therapeutischen Forschung, hervorzuheben, dass die Heufiebersera nicht rein antitoxisch sind, wie z. B. das Diphtherieheilserum.

2. Bei completirenden Fällen ist das durch Injection von Pollen gewonnene Heufieberserum contraindicirt.

3. Je mehr letzteres Serum in Zukunft gebraucht werden sollte, um so gehäufter dürften Patienten zur Beobachtung kommen, die im Anfang durch dieses Serum günstig beeinflusst werden, später aber dasselbe completiren.

4. Heufieberserum, aus dem Blute unvorbehandelter Pflanzenfresser gewonnen, completirt nicht.

5. Es ist Pflicht aller derjenigen, denen die Klärung der Heufieberfrage obliegt, das Vorkommen der completirenden Fälle zu berücksichtigen und sie in der Statistik mit einzureihen. ALBANUS (ZARNIKO).

43) **E. S. Yonge** (Manchester). **Die Behandlung von hartnäckigem Heufieber mit Schnupfenparoxysmen durch Resection des Nasennerven. (The treatment of intractable hay-fever and paroxysmal coryza by resection of the nasal nerve.)** *Lancet. London 1908. Vol. I. p. 1608.*

Eine interessante vorläufige Mittheilung über diese neue Methode, die auf der Theorie beruht, dass der Nasennerv den Zuleitungsweg nicht nur für den Niess-

reflex, sondern auch für die anderen normalen Reflexe darstellt. Verf. bespricht die Vertheilung und die Function der Nerven, die Wirkungen der Cauterisation der Nasenschleimhaut und diejenigen der beiderseitigen Durchtrennung des Nerven. Was die letztere anbetrifft, so constatirt Verf., dass, wo er die beiderseitige Operation vorgenommen hat, „die Symptome vollständig und bis heute andauernd verschwunden sind". In seinem ersten Fall hatte Verf. nur den rechtsseitigen Nerven durchschnitten und die Symptome — intermittirende Nasenverstopfung und profuse Hypersecretion mit Heufieber und Asthma — verschwanden nur auf dieser Seite, bestanden aber auf der anderen Seite fort, bis die Resection auch des linken Nerven völlige Heilung brachte. Die Incision geht vorn grade oberhalb des inneren Augenmuskels nach oben und aussen längs des inneren Orbitalrandes ungefähr 17 mm lang. Das Gewebe wird mit einem stumpfen Raspatorium bei Seite geschoben und der Nerv im Foramen ethmoidale anterius freigelegt.

JAMES DONELAN.

44) **James E. Newcomb. Hämatom des Septums und Abscess. (Septal hematoma and abscess.)** *N. Y. Medical Record. 14. März 1908.*

Bei einfachem Hämatom können kalte Umschläge auf die Nase gemacht werden; erscheint der Inhalt flüssig, so kann durch Druck mittels Röhren oder Tampons eine Resorption angestrebt werden. Seröse Cysten sollen eröffnet und ausgekratzt werden. Bei Abscessbildung wird, je früher und ausgiebiger incidirt wird, um so weniger leicht Zerstörung des Knorpels und Deformation eintreten. Bisweilen ist die Drainage sehr schwierig. Die Abscesshöhle soll fleissig mit Wasserstoffsuperoxydlösung ausgewaschen und dann mit einem alkalischen Antisepticum nachgespült, aber nicht tamponirt werden.

LEFFERTS.

45) **M. C. Richardson** (Washington). **Perforation der Nasenscheidewand. (Perforation de la cloison nasale.)** *Arch. internat. de larynyol. No. 4. 1907.*

Verf. ist der Ansicht, dass die einfache Septumperforation oft die Folge einer allgemeinen Ernährungsstörung ist, wie sie z. B. durch Typhus, besonders aber durch Tuberculose bedingt sein kann.

BRINDEL.

46) **Burton Haseltine. Eine plastische Operation zum Verschluss der Septumperforationen. (A plastic operation for the closure of septal perforations.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Genaue Beschreibung der Operation, in Bezug auf deren Details auf das Original verwiesen werden muss.

EMIL MAYER.

47) **P. J. Mink** (Deventer, Holland). **Zum Entstehungsmodus der Septumdeviationen.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 315. 1907.*

Verf. bespricht die herrschenden Theorien über die Entstehung der Septumdeviationen und kommt zu dem Resultate, dass keine der vorhandenen Hypothesen eine befriedigende und für alle Fälle ausreichende genannt werden kann. Mit der vorliegenden Arbeit sucht er zur Erzeugung experimenteller Deviationen anzuregen. Auf diesem Wege ist Ziem bereits vorangegangen, indem er bei jungen Thieren ein Nasenloch vernähte. Ziem hat dabei Asymmetrien im Skelett der Nase entstehen

sehen; aber das genügt noch nicht, Schritt für Schritt müsse man histologisch die Veränderungen anzuzeigen suchen, wie sie durch dieses Experiment hervorgebracht werden. — Verf. hält ferner manometrische Untersuchungen im Naseninnern auch für die Pathologie der Nase für eine dankbare Aufgabe.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

48) **Rueda** (Madrid). **Submucöse Resection der Scheidewand. (Reseccion submucosa del tabique.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. I. u. II.*

Verf. lässt folgende Indicationen für die Operation zu: 1. Wenn die Deviation eine Stenose bedingt, durch die es zu einer anormalen Function der Athmung kommt. 2. Wenn man mittels der Operation eine bestehende äussere Deformität der Nase glaubt beseitigen zu können. Für alle anderen Fälle verwirft Verf. die Operation.

TAPIA.

49) **Lee Maidment Hurd. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. Einige Bemerkungen auf Grund von 75 Fällen. (The submucous resection of the nasal septum. Some remarks based on seventy-five cases.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Es wurden dreimal Perforationen gemacht, ohne dass diese übrigens den Patienten die geringsten Beschwerden machten. Bei einem 14jährigen Mädchen verschwand ein Morbus Basedowii nach der submucösen Resection. Bei einer 34jährigen Frau, die atrophische Rhinitis mit Bildung von Borken auf der concaven Seite zeigte, verschwand dieser Zustand.

EMIL MAYER.

50) **Gustav Killian. Submucöse perineurale Injectionen anästhesirender Lösungen in die Nase. (Submucous perineural injections of anaesthetics solutions in the nose.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Die Angaben über die perineuralen Injectionen zur submucösen Resection decken sich mit den vom Verf. in einer in deutscher Sprache erschienenen Arbeit des Verf. (Beitr. zur Anatomie etc. des Ohres, der Nase und des Kehlkopfs. Bd. I. S. 183. 1908. Refr. Centralbl. Bd. XXIV. S. 401).

Für Operationen an der unteren Muschel empfiehlt Verf. mehr das Bepinseln mit der Lösung, erstens weil das hintere Ende schwer zu erreichen ist und zweitens weil toxische Erscheinungen leicht auftreten können, auch wenn nur wenige Tropfen der Lösung in die untere Muschel eingespritzt werden. Pulsfrequenz, Steigerung des Blutdrucks und in einigen Fällen secundäre Blutungen wurden danach beobachtet.

Die Schleimhaut der Oberkieferhöhle hat K. anästhesiren können durch submucöse Injectionen im Bereich des mittleren Nasenganges. Die Vornahme der Radicaloperation des Oberkieferhöhlenempyems ist dadurch erheblich erleichtert. Diese Methode ist, wenn man es mit verständigen Personen zu thun hat, der Allgemeinnarkose entschieden vorzuziehen.

EMIL MAYER.

51) **Bryan De Forst Sheedy. Deviationen und Deformationen der Nasenscheidewand mit besonderer Berücksichtigung der auf submucöse Resectionen möglicherweise folgenden Resultate. (Deviations and deformities of the nasal septum with special reference to possible results following the submucous operation.)** *International Journal of Surgery. December 1907.*

In drei Fällen erfolgte nach der Operation Einsinken des Nasenrückens. In zwei dieser Fälle führt Verf. dies auf mangelhafte Technik zurück — sie waren nicht von ihm selbt operirt — im dritten von ihm selbst operirten Fall kann er keinen Grund für das Vorkommnis angeben.

EMIL MAYER.

52) **Kretschmann** (Magdeburg). **Zur operativen Behandlung der Nasenscheidewanddeformitäten.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1908.*

Ausführliche Besprechung des auf der Otologenversammlung in Heidelberg 1908 abgekürzten Vortrages. Nach eingehender Erörterung der einschlägigen Literatur über die oralen Methoden zur Freilegung und operativen Inangriffnahme des Cavum nasi beschreibt K. eingehend seine Methode und erörtert die Vorzüge der oralen Methode gegenüber der nasalen, sowie die nach seiner Meinung zweckmässigere Verwendung der Allgemeinnarkose bei diesen Eingriffen statt der localen oder regionären Anästhesie. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

53) **Brünings** (Freiburg i. Br.). **„Orale" oder „nasale" Resection der Nasenscheidewand.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1908.*

Polemik gegen Kretschmann, dessen orale Resectionsmethode als unzweckmässig und der nasalen bedeutend unterlegen bezeichnet wird. In 3 Abschnitten, die sich mit der Anästhesie, Operationstechnik und Nachbehandlung beschäftigen, weist B. die Vorzüge der Killian'schen submucösen Septumresection nach, und giebt noch einige technische Winke. Die Ausführungen des Autors ergeben, dass die von manchen Seiten gegen die Killian'sche Methode erhobenen Bedenken einer kritischen Beurteilung nicht Stand halten, dass aber die im Verlaufe der Kretschmann'schen oralen Methode auftretenden Nachtheile derartig seien, dass man vor dieser Methode warnen müsse.

HECHT.

54) **Réthi. Nochmals zur Indicationsstellung der Nasenscheidewandoperationen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 437. 1908.*

Wie bereits am 1. internat. laryng.-rhin. Congress in Wien 1908, so warnt R. auch hier wieder davor, die submucöse Resection unnütz bei nur unbedeutenden Septumdeviationen auszuführen.

OPPIKOFER.

55) **M. Halle** (Berlin). **Die submucöse Septumoperation.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 315. 1908.*

H. hat im Verlauf der letzten 5 Jahre über 500 submucöse Operationen des Septums vorgenommen.

Wir möchten aus der Arbeit folgende Punkte hervorheben: H. zieht vor, das Cocain einzureiben und nicht zu injiciren; injicirt wird nur vorne an der Schnitt-



stelle. Den Schleimhautschnitt führt er in einer nach hinten concaven Linie. Bei Subluxatio septi nimmt H. nicht wie Hajek und seine Schüler den ganzen vorderen knorpeligen Theil des Septums weg, sondern hält es für vorsichtiger, eine kleine Knorpelbrücke als stützenden Pfeiler nach eigener Methode stehen zu lassen. Um bei ausgedehnten Resectionen das nach der Operation für den Patienten manchmal sehr lästige Flattern der Septumschleimhaut zu verhindern, wurden bei ca. 150 Fällen resecirte Knorpel- und Knochenstücke wieder zwischen die Schleimhautblätter eingelegt und regelmässig ein Einwachsen des Knorpels und Knochens beobachtet. Um die inplantirten Knorpel festzuhalten und um überhaupt eine raschere Heilung zu erzielen, ist das Anlegen der Schleimhautnaht empfehlenswerth. Ein gleichzeitiges Entfernen von Muschelhypertrophien ist häufig nothwendig. Die Tamponade mit in 15proc. Gelatinelösung getränkten Gazestreifen wird regelmässig ausgeführt und 3 Tage liegen gelassen.

Bei syphilitischem Septumulcus sucht H. eine Perforation dadurch zu vermeiden, dass er neben der allgemeinen Behandlung den gefährdeten Knorpel submucös resecirt (6 Fälle).

Diese letztere Indication zur Septumresection halten wir für nicht gerechtfertigt.

OPPIKOFER.

56) **Sargnon** (Lyon). **Ein Fall von submucöser Resection des Septums beim Kinde. (Un cas de résection sous-muqueuse de la cloison chez l'enfant.)** *Société des sciences medicales de Lyon. Bullet. Lyon médical. 29. October 1908.*

Verf. hat die Operation bei kleinen Kindern, von denen eins nicht drei Jahre alt war, mit Erfolg ausgeführt. Er empfiehlt jedoch, von dem Knorpel nur den dritten Theil fortzunehmen und dann ein Drain, das von mit Vaseline bestrichener Gaze umhüllt ist, einzulegen. Das anatomische Resultat ist ohne Zweifel nicht vollkommen, das functionelle Resultat jedoch ist genügend.

GONTIER de la ROCHE.

57) **Frederick E. Neres** und **Daniel S. Neuman. Submucöses Speculum. (Submucous blade speculum.)** *Journal of the Medical American Association. 1908.*

Die für dieses Speculum angeführten Vortheile sind: Es kürzt die Operationsdauer ab, schützt die Schleimhaut; es ist von kleiner Form und leicht an Gewicht; es hat auswechselbare Branchen, die in verschiedenen Winkeln befestigt werden können.

EMIL MAYER.

58) **George L. Richards. Technik der Operation zur Entfernung der mittleren Muschel. (Technic of the operation for removal of the middle turbinate.)** *Journal of the American Medical Association. 13. Juli 1907.*

Verf. benutzt nur eine feste Scheere mit kleinen Branchen und eine Drahtschlinge. Um Nachblutungen vorzubeugen, betupft er nach der Operation jeden Punkt der Schnittfläche mit einer 12proc. Lösung von Alum. acetico-tartaricum. Dann pudert er darauf ein Pulver, bestehend aus einem Viertel gepulverten Nebennierenextract und drei Vierteln Aristol, und bedeckt es schliesslich mit einem Wattetampon, der mit folgendermaassen zusammengesetzter Salbe bestrichen ist:

Rp. Bismuth. subnitr.
Aristol ana 6,0
Unguent. zinci oxydat.
Petrolati ana 30,0.

Dieser Tampon, der nur den Rest der mittleren und nicht auch die untere Muschel bedecken soll, bleibt 1—2 Tage liegen. Blutung bei der Entfernung des Tampons ist sehr selten.

EMIL MAYER.

59) **Sidney Yankauer** (New-York). **Die Intranasalnaht.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 1. 1907.*

Die Erfolge des Verf. mit der Intranasalnaht waren so gleichmässig gute, dass er für sie einen unbestrittenen Platz in der operativen Rhinologie fordert. Dem neuen Verfahren muss schon bei der Operation Rechnung getragen werden, damit die aneinander gebrachten Ränder gut passen. Angewendet wird die Naht bei der Turbinorrhaphia inferior et media, bei Synechien und den plastischen Operationen für Septumperforationen. Die Technik dieser Operationen wird vom Verf. näher beschrieben, ebenso wie die dazu nöthigen Instrumente, die gleichzeitig abgebildet werden. Von solchen sind hervorzuheben: Nadeln, gerade oder gebogene, von verschiedener Länge und Grösse, Haken zum Fassen des Fadens nach seiner Durchführung durch die Schleimhaut, Knotenschliesser, Gabelzange und Nähmaterial, das meist aus Catgut (Dicke No. 0 [0,3 mm]) besteht. Diese Instrumente, sowie ein Phantom zum Zwecke der Uebung im Gebrauch der Instrumente und zur Knüpfung des Knotens stellt die Firma George Tiemann u. Co., New-York, her.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

60) **Katzenstein** (Wiesbaden). **Zangenförmiges, gefenstertes Nasenspeculum mit Feststellvorrichtung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 50. 1907.*

Die gefensterten Branchen des Nasenspeculums sollen eine gute Beleuchtung der Nase, eine unbehinderte Uebersicht und freies Operationsfeld gewährleisten.

ALBANUS (ZARNIKO).

c. Mundrachenhöhle.

61) **H. Fuchs. Untersuchungen über Ontogenie und Phylogenie der Gaumenbildungen bei den Wirbelthieren.** *Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropol. Bd. 11. S. 153.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

62) **H. Halász** (Miskolcz). **Seltener Fall von Speichelsteinbildung.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 351. 1908.*

Der $1^1/_2$ cm lange und $^1/_2$ cm breite Speichelstein von graugelber Farbe und höckeriger Oberfläche fand sich bei einem 50jähr. Mann in der sublingualen Drüse. Der Stein hatte plötzlich zu eitriger Entzündung geführt und wurde dann im Anschluss an eine Incision ausgestossen.

OPPIKOFER.

63) **Richard R. Johnston. Abscess des Ductus Whartonianus; acute Ranula. (Abscess of Wharthons duct; acute Ranula.)** *Journal American Medical Association. 30. Mai 1908.*

Es handelte sich um eine 44jährige Frau. Beim Hochheben der Zunge sah man eine weiche, rundliche Masse, die sich als Eingang des Ductus Whartonianus erwies. Es handelte sich zweifellos um einen Abscess des Ductus, und es wurde gefolgert, dass ein Stein im Ductus sässe. Die Incision ergab in der That einen von Eiter umgebenen Stein.

EMIL MAYER.

64) **P. Hellat** (St. Petersburg). **Verlust der Speicheloxydase als Krankheitsursache.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 194. 1907.*

Verf. stellt ein Krankheitsbild auf, als dessen Ursache er den Verlust der Speicheloxydase ansieht. Die Symptome dieser Krankheit sind, nach der Häufigkeit in 104 Fällen geordnet, folgende: Ueber Husten klagten 29, Trockenheit und Schmerzen im Halse 16, Verletztsein der Nase, Athembeschwerden, Gehörstörungen. Dyspepsien, Stück im Halse, Schluckbeschwerden, Brennen, Kopfschmerzen. schlechten Geruch und Erbrechen, Ohnmachtsanfälle, Sitophobien, Schmerzen der Zunge. Bei manchen Fällen treten locale oder Allgemeinerscheinungen auf, die in gewissen Fällen bis zu psychischer Störung sich steigern können. Erstickungsanfälle, Athembeklemmungen, Unruhe, Angstgefühle, fixe Ideen, Kopfschmerzen sind durchaus keine seltenen Vorkommnisse. Zu den für die Deutung des Wesens der vorliegenden Anomalie werthvollsten Allgemeinerscheinungen sind Fieberbewegungen zu zählen, über welche nicht selten geklagt wird. Verf. führt einen in dieser Beziehung sehr lehrreichen Fall an, wo das Fieber bei Nachlassen des Speiens allmählich nachliess, nach längerer Zeit aber, als das Speien wieder auftrat, wiederkehrte. Auch die übrigen Krankheitssymptome schwinden gleichzeitig mit dem Aufhören des Speiens. Das Wesen der Krankheit kann nicht in dem Materialverlust als solchem liegen, da der Speichel hauptsächlich aus Wasser besteht und nur 0,2 pCt. organische Substanzen enthält; auch das Speichelsecret als Hülfsferment für die Verdauung (Ptyalin) kann nicht in Betracht kommen, da beim Kauen und Schlucken der Speichel ungestört secernirt und dem Bissen zuführt wird.

Verf. sieht in dem Verlust der von Slowzow in der Parotis entdeckten „Oxydase“, eines oxydirenden Ferments mit der Fähigkeit, die Nahrungsstoffe zu oxydiren, die Krankheitsursache. Die Erscheinungen sind als Autointoxication aufzufassen. Die Frage, wie der wachsende kindliche Organismus, bei dem die Speichelbildung verringert ist, mit einem Minimum des Secrets bei seinen höchst lebhaften Oxydations- und Reductionsvorgängen zurecht kommen kann, wird dahin beantwortet, dass neben der Parotis die Milchdrüsen dieselbe Oxydase bereiten und mit der Milch ausscheiden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

65) **Isabella C. Herb. Experimentelle Parotitis. (Experimental Parotitis.)** *Journal American Medical Association. 22. August 1908.*

In einem Fall von Mumps wurde ein Diplococcus isolirt, der in seinen wesentlichen Merkmalen dem von Laveran und Catins, Macray und Walch

bei dieser Erkrankung gefundenen Mikroorganismus glich. Inoculationen von Aufschwemmungen dieses Diplococcus in den Duct. Stenonianus von Affen und Hunden wurden von einer acuten gleichmässigen Vergrösserung der Parotis gefolgt, die von leichtem Fieber begleitet war. Beim Hunde ist diese Schwellung das Ergebniss einer aus mononucleären Zellen bestehenden Infiltration, gleichzeitig sind die mononucleären Zellen im Blut vermehrt, der opsonische Index in Bezug auf jenen Diplococcus gesteigert.

EMIL MAYER.

66) **W. E. Parke. Eitrige Parotitis nach Bauchoperation. (Suppurative parotitis following abdominal operation.)** *Pennsylvania Medical Journal. Juni 1908.*

Die Eiterung trat auf, ohne dass ein septischer Herd oder locale Anzeichen von Infectionen von der Operationswunde aus vorlagen.

EMIL MAYER.

67) **J. L. Goodale. Die Untersuchung des Halses bei chronischen Allgemeininfectionen. (The examination of the throat in chronic systemic infections.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Verf. bespricht die Beziehungen zwischen Gelenkrheumatismus und Pharynxaffectionen, er hat bei einer grossen Zahl von Patienten, die an infectiöser Arthritis litten, Tonsillaraffectionen gefunden, die sich besonders als Retention von Detritus in den Lacunen mit oder ohne Hyperplasie charakterisiren. Verf. räth, da tiefsitzende Detritusansammlungen der Untersuchung entgehen können, in allen Fällen, wo andere Infectionsquellen nicht auffindbar sind, die Tonsillen möglichst gründlich zu entfernen.

EMIL MAYER.

68) **Chiaio** (Evian). **Pseudopharyngitis des Cavum. (Pseudopharyngite du cavum.)** *Journal des Practiciens. No. 37. 12. September 1908.*

Die Symptome sollten bedingt sein dadurch, dass lymphoides Gewebe an der Stelle, wo der untere und äussere Choanalrand zusammenstossen, angehäuft ist und sich auf das Gaumensegel ausbreitet. Die Untersuchung des Cavum ergiebt nichts Besonderes. Behandlung durch Galvanocaustik.

GONTIER de la ROCHE.

69) **John North. Purulenter, hyperplastischer und atrophischer Katarrh, verschiedene Stadien desselben Processes. (Purulent, hyperplastic and atrophic catarrh, different stages of one and the same disease or condition.)** *The Larynyoscope. Februar 1908.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

70) **Martinet** (Paris). **Pharyngeale Störungen dyspeptischen Ursprungs. (Troubles pharyngés d'originé dyspeptique.)** *Presse médicale. 20. November 1907. N. Y. Medical Journal. 14. December 1907.*

Dyspeptiker, besonders diejenigen, deren Dyspepsie sich in spät nach der Mahlzeit auftretenden Schmerzen charakterisirt, sind subjectiven Symptomen Seitens des Pharynx unterworfen (vage Schmerzempfindungen, die bisweilen durch die Deglutition verringert werden; letztere ist nie schmerzhaft). Verf. betrachtet diese Störungen als neuropathischen Ursprungs; sie weichen gewöhnlich einer auf die Magenaffection gerichteten Behandlung.

GONTIER de la ROCHE.

71) **M. Letulle** (Paris). **Sporotrichose der Mund-Rachenschleimhaut. (Sporotrichosis of the buccopharyngeal mucous membrane.)** *Soc. méd. des hôpitaux de Paris. 28. Februar 1908. Académie de Médecine. 3. März 1908. Presse médicale. 18. März 1908. N. Y. Medical Journal. 11. April 1908.*

Verf. stellt die charakteristischen Merkmale der Schleimhautsporotrichose auf: Klinisch giebt es keine eigentlichen Ulcerationen, man kann sagen, die Schleimhaut sei bedeckt mit einem Ueberzug wie von Papiermaché oder Brodkrume. Dieser Ueberzug ist nicht mit den Pseudomembranen zu vergleichen; er ist eins mit der Schleimhaut. Diese Infiltration hat die Tendenz, sich allmählich auszubreiten und oft beträchtliche Flächen einzunehmen. Aber, was ein wichtiges Charakteristicum ist, er verändert die anatomische Configuration der befallenen Theile nicht, die weich bleiben können. Schliesslich besteht keine Halsdrüsenschwellung. Entnahme von der Oberfläche der erkrankten Theile ergiebt die Anwesenheit der charakteristischen Elemente, bisweilen auch Fragmente von Mycelium. Culturverfahren auf geeignetem Nährboden ergiebt reichliches Wachsthum und zeigt Mycelienfäden mit runden sporotrichotischen Elementen.

In pathologisch-anatomischer Beziehung charakterisirt sich die Affection durch eine enorme Leukocyteninfiltration, ausgesprochene gleichzeitige Hyperämie, Anwesenheit von Riesenzellen, die in grosser Anzahl in dem erkrankten Gewebe verstreut sind. Ein charakteristisches Merkmal ist das Fehlen jeder Verkäsung. Die Affection hat gutartigen Charakter. Sie kann übrigens mit anderen Allgemeinerkrankungen, z. B. Syphilis oder Tuberculose gleichzeitig bestehen.

Verf. hat eine Patientin in Beobachtung gehabt, die wegen multipler gummöser Hautgeschwülste, deren Ursprung als sporotrichotisch erkannt wurde, in das Hospital aufgenommen wurde. Es bestanden gleichzeitig pharyngo-laryngeale Geschwüre und Cavernenbildung in der rechten Lunge. Tuberkelbacillen fanden sich nicht im Auswurf.

Die Autopsie ergab, dass es sich in der Lunge um reine Tuberculose handelte; im Kehlkopf waren Tuberculose und Sporotrichose combinirt; im Pharynx handelte es sich um Sporotrichose allein. GONTIER de la ROCHE.

72) **A. Ostermann** (Breslau). **Die Meningokokkenpharyngitis als Grundlage der epidemischen Genickstarre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 11. 1906.*

Systematische Untersuchungen des Nasenrachenschleims von Mitgliedern solcher Familien, in denen Kinder an Genickstarre erkrankt waren, bestätigten dem Verf. die Richtigkeit der Behauptung seines Lehrers Flügge, dass nicht so sehr die an Genickstarre Erkrankten selbst, dass vielmehr die mit diesen in nahe Berührung kommenden, mit Meningokokkenpharyngitis behafteten Personen zur Weiterverbreitung der Genickstarre das Meiste beitrügen. Die Meningokokken seien bei diesen Personen sehr reichlich und lange Zeit hindurch vorhanden und würden von ihnen durch Contact oder verspritzte Tröpfchen auf andere Gesunde verbreitet. — Von der grossen Menge der Pharyngitiskranken erkrankten immer nur einzelne, in besonderer Weise dafür Disponirte an Meningitis. —

Vorschläge, wie auf Grund dieser Erkenntnisse am zweckmässigsten einer Weiterverbreitung der Genickstarre gesteuert werden könne. ZARNIKO.

73) **Hanszel. Zur Diagnose der acuten lymphoiden Leukämie im Rachen.** (Aus dem rhino-laryngol. Ambulat. des Kronprinz Rudolf-Kinderhosp. in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. intern. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Die acute grosszellige, lymphoide Leukämie trat in dem beschriebenen Falle unter dem Bilde eines torpiden Ulcus an einer nicht hypertrophischen Tonsille ohne locale Reactionserscheinungen mit hohem Fieber auf, und es stellten sich erst mehrere Tage hernach weitere Leukämiesymptome ein.

In diagnostischer Hinsicht ist das Fehlen von Reactionserscheinungen um das Ulcus sowie eine frühzeitige Blutuntersuchung wichtig. AUTOREFERAT.

74) **Ludwig. Vorzüge des Perhydrols und des Perhydrolmundwassers.** *Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau. 1908.*

Perhydrol ist ein ausgezeichnetes Mittel bei allen Erkrankungen der Mundhöhle, die auf infectiöser Basis beruhen, besonders bei der Alveolar-Pyorrhoe leistet das Mittel ausgezeichnete Dienste. Perhydrolmundwasser wird auch als Prophylacticum gegen verschiedene Infectionskrankheiten zu gebrauchen sein.

SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

75) **F. Crooksband. Eine Bemerkung über die Behandlung der Diphtherie. (A note on the treatment of diphtheria.)** *Lancet. 25. April 1908.*

In schweren Fällen von Diphtherie mit Erbrechen und Herzschwäche injicirt Verf. subcutan 0,005 g Adrenalin. hydrochlor. und 0,01 g Strychn. sulf., wenn nöthig alle 2 Stunden. ADOLPH BRONNER.

76) **C. B. Kerr. Ameisensäure als Tonicum nach Diphtherie. (Formic acid as a tonic after diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Juli 1908.*

Verf. giebt alle 4 Stunden ein paar Tropfen einer 25proc. Lösung.

LEFFERTS.

77) **P. Grimlaux. Die Behandlung der Diphtherie mit hohen Dosen von Diphtherieserum. (Le traitement de la diphtérie par les injections à doses massives de sérum antidiphtérique.)** *Dissert. Lille 1907.*

G. glaubt, dass mit Nutzen und ohne Schaden das Diphtherieserum in noch stärkerer Dosis eingespritzt werden dürfe, als gewöhnlich in den Lehrbüchern empfohlen wird. OPPIKOFER.

78) **A. C. Mc Clanahan. Grosse Antitoxindosen bei Diphtherie. (Large] doses of antitoxin in diphtheria.)** *Journal American Medical Association. 12. September 1908.*

Verf. hat in einem Fall im Laufe von 5 Tagen 75000 I. E. injicirt. Es war keine Wirkung zu verzeichnen bis zur Injection der letzten 6000 I. E. Das Antitoxin war frisch und stammte aus den renommirtesten beiden amerikanischen Laboratorien. EMIL MAYER.

79) **Fielding L. Taylor. Collaps nach Injection von Diphtherieantitoxin. (Collapse after injection of diphtheria antitoxin.)** *N. Y. Medical Record. 4. Juli 1908.*

Bei dem Patienten — einem 30jährigen Mann — wurden 6000 I.-E. angewandt. Zehn Minuten später klagte er über Absterben der Extremitäten; das Taubheitsgefühl verbreitete sich bald über die ganze Haut. Er wurde leichenblass, dann cyanotisch, der Puls wurde schwach und frequent; plötzlich sistirte die Athmung ganz, Pat. wurde bewusstlos, es trat Rasseln auf der Brust auf, kalter Schweiss brach aus und Pat. machte den Eindruck eines Sterbenden. Künstliche Athmung, Injection von Strychnin und Atropin brachten ihn allmählich zu sich; er blieb aber noch $1^1/_2$ Stunden cyanotisch, während welcher Zeit Fingerspitzen und Lippen blau waren. An den Nachmittagen der drei folgenden Tage hatte Pat. Heiserkeit und leichte Cyanose, der Körper bedeckte sich mit Urticaria-Quaddeln. Heilung.

LEFFERTS.

80) **Malynicz** (Kiew). **Ueber die Häufigkeit der postdiphtherischen Lähmungen vor und nach der Serumbehandlung.** *Dissert. Zürich 1908.*

23 Fälle. Die Serumzeit weist entschieden mehr Herzlähmungen auf als die Vorserumperiode. Die anderslocalisirten Lähmungen sind in beiden Zeitperioden fast gleich zahlreich, eher etwas seltener seit Einführung des Serums. Letzteres scheint die Lähmungen ein wenig zu verfrühen, so dass sie durchschnittlich am 16. statt am 20. Tage nach dem Beginn der Krankheit erscheinen. Die Dauer der Lähmungen ist seit der Serumbehandlung entschieden kürzer, durchschnittlich 21 statt 33 Tage. Das Serum lässt dieselben häufiger an den Extremitäten einsetzen, dagegen seltener am Gaumen. Die Lähmungen treten ohne irgendwelche Beziehung zum Fiebergrad auf. Die Mortalität ist seit der Serumbehandlung unter den Gelähmten (Herz) entschieden grösser, als vor derselben.

JONQUIÈRE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

81) **Villa. Ueber die Pathogenese der acuten Larynxstenose bei Masern. (Sulla patogenesi delle laringostenosi acute nel morbillo.)** *Annali di Laringologia e di Otologia. Januar 1908.*

Während einer vom Verf. in Genua beobachteten Masernepidemie waren Complicationen seitens des Larynx am häufigsten; diese Complication trug am meisten dazu bei, die Mortalitätsziffer zu erhöhen.

Die Kehlkopfstenose, die am Ende des Prodromalstadiums beobachtet wird, schreibt Verf. einzig einem Exanthem des Larynx zu, einem Exanthem, völlig analog dem, das bald darauf auf der Haut ausbricht. Dieselbe Ursache hat die Stenose, die während des Eruptionsstadiums auftritt, sowie die nach Ablauf der eigentlichen Krankheit beobachtete. Diese pseudo-membranösen Laryngitiden dürfen nicht als diphtherischer Natur angesehen werden. In der vom Verf. beobachteten Epidemie betrug die Mortalität bei den Fällen mit Larynxcomplicationen 27,7 pCt. Die schwersten Fälle waren die, bei denen die Laryngitis gegen Ende der Eruption und in der Reconvalescenz beobachtet wurde.

FINDER.

82) **A. Montefusco. Das Pilocarpin bei der Behandlung der Kehlkopfstenose bei Masern. (La pilocarpina nella cura della laringostenosi morbillosa.)** *La Pediatria. 1908.*

Verf. ist auf Grund seiner Erfahrungen zu der Ueberzeugung gelangt, dass die meisten Fälle von Kehlkopfstenose bei Masern nicht auf Complication diphtherischer Natur zurückzuführen seien, sondern durch die Maserninfection selbst verursacht werden. Das Antidiphtherieserum ist daher wirkungslos. Als ein wirksames Mittel hat sich ihm in diesen Fällen das Pilocarpin erwiesen, das er in subcutanen Injectionen von $1/2$—1 mg anwendet, in schweren Fällen bis 3 mg pro die. Er hat so 45 Fälle behandelt, von denen nur 2 in Folge Pneumonie tödtlich verliefen. Von 10 Fällen giebt Verfasser eine ausführliche Krankengeschichte.

FINDER.

83) **F. Sinaud. Ueber den plötzlich eintretenden Tod bei chronischen Stenosen des Kehlkopfes. (De la mort subite dans les affections sténosantes chroniques du larynx.)** *Dissert. Paris 1907.*

In der unter Leitung von Lermoyez erschienenen Dissertation zählt S. 10 Fälle chronischer Larynxerkrankung auf, die zu Stenose und wider Erwarten plötzlich zu Exitus führten. Die verschiedenen Ursachen dieser plötzlichen Todesfälle werden eingehend besprochen.

OPPIKOFER.

84) **Jacob** und **Collet. Postdiphtherische laryngo-tracheale Stenose. (Sténose laryngo-trachéale post-diphtérique.)** *Lyon médical. 11. August 1907.*

Heilung durch Laryngostomie. Verff. betonen die Schwierigkeit und Wichtigkeit der Nachbehandlung.

BRINDEL.

85) **E. J. Moure. Klinische Betrachtungen über Kehlkopfstenose. (Considération clinique sur les laryngo-sténoses.)** *Journal de Méd. de Bordeaux. No. 27. 1907.*

Eine der häufigsten Ursachen der Kehlkopfstenose besteht in der Tracheotomia intercrico-thyreoidea. Die Behandlung besteht in Dilatation, der die Durchschneidung der Narben vorhergehen kann, und in den bisher für inoperabel geltenden Fällen röhrenförmiger Stenose in der Laryngostomie.

BRINDEL.

86) **Vignard, Sargnon** und **Barlatier. Pathogenie der Nekrose bei der Laryngostomie. (Pathogénie du sphacèle dans la laryngostomie.)** *Lyon médicale. 20. October 1907.*

Es zeigt sich oft im oberen Winkel der Laryngostomie eine Nekrose, die vom 2. bis 20. Tage dauert. Die Verff. schreiben dies einer bucco-dentalen septischen Infection zu; es ist daher auf sorgfältige Ueberwachung der Zahn- und Mundpflege nach der Operation zu achten.

BRINDEL.

87) **Vignard** und **Sargnon. Laryngostomie wegen Narbenstenose des Kehlkopfs. (Laryngostomie pour sténose du larynx.)** *Lyon médical. 15. September 1907.*

Die Operation wurde bei einem Kind vorgenommen, das im Verlauf einer Masernlaryngitis sechs Mal intubirt und schliesslich tracheotomirt war. Es war

„canulard“ und die Operation zeigte das Bestehen einer Narbenstenose. Zwei Monate nach der Operation war eine erhebliche Besserung zu constatiren.

BRINDEL.

88) **Beco. Die Laryngostomie bei der Behandlung der Kehlkopfstenosen; Vorstellung eines in Behandlung befindlichen und an recidivirenden Laryngotrachealpapillomen operirten Kranken. (La Laryngostomie dans le traitement des sténoses du larynx; présentation d'un malade en cours de traitement opéré pour papillômes laryngotrachéaux récidivants.)** *Annales de la Société méd.-chirurg. de Liège. No. 2. 1908.*

Der ausführliche Titel resumirt genügend den Inhalt; vergl. ausserdem den Bericht vom Juni 1908 über die Jahresversammlung der Belg. otolaryngol. Gesellschaft.

BAYER.

89) **Sargnon** und **Barlatier** (Lyon). **Ueber Laryngostomie. (De la laryngostomie.)** *Presse médicale. No. 22. 16. März 1908.*

Nach einem historischen Ueberblick, in dem die Frage der Priorität detaillirt erörtert wird, beschreiben Verff. ihre Operationstechnik. Die grösste Wichtigkeit wird der nachträglichen Dilatation und den Verbänden beigelegt. Die Indicationen bestehen in: Laryngo-trachealen Narbenstenosen, functionellen Stenosen, die sich der Intubation gegenüber widerspenstig verhalten, und in allen Fällen, in denen es darauf ankommt, eine im Fortschreiten befindliche Affection — Tuberculose, Carcinom, recidivirende Polypen — zu überwachen.

Die Resultate sind sehr ermuthigend: unter 11 Fällen haben Verff. nur einen Todesfall in Folge descendirender Gangrän. In allen anderen ist die Athmung vollkommen; die Stimme ist so wenig verändert, dass einige Patienten sogar singen.

GONTIER de la ROCHE.

90) **Sargnon. Laryngostomie. (Laryngostomy.)** *N. Y. Medical Journal. 12. April 1908.*

Inhalt identisch mit dem der unter vorhergehender Nummer referirten Arbeit desselben Verf.'s.

LEFFERTS.

91) **Sieur** (Paris). **Zwei Fälle von Laryngostomie. (Deux cas de laryngostomie.)** *Bulletin de le société de chirurgie. 9. Juni 1908.*

Verf. beschreibt die Technik der Operation.

GONTIER de la ROCHE.

92) **Barlatier, Viannay, Sescos. Vorstellung eines Präparates, von Laryngostomie gewonnen sechs Monate nach der Operation. (Présentation d'une pièce de laryngostomie recueillie six moix après l'intervention.)** *Lyon médical. 8. November 1908.*

Bei dem $4^1/_2$jährigen Kinde war die Laryngostomie gemacht worden, weil es ein „canulard“ war. Es bestand eine äusserst enge Narbenstenose. Es wurde die Caoutschoucdilatation gemacht; jedoch hatte die Fistel die Neigung, sich sehr schnell zu schliessen. Schliesslich blieb im oberen Theil eine kleine Oeffnung bestehen. Vorsichtshalber legte man hier ein kleines Drain ein. Das Kind, das eine Bronchitis befallen hatte, starb an Bronchopneumonie.

Obwohl die Dilatation seit einem Monat aufgehört hatte, ist das laryngotracheale Rohr weit, weiter als in der Norm. Es besteht noch ein kleiner seitlicher Narbenstrang am Ringknorpel. Im oberen Mundwinkel findet sich ein kleiner, gestielter Granulationsknopf, der auf die Stimmbänder fällt.

Verf. weist darauf hin, wie sehr eine Bronchitis im Stande ist, die Prognose der Laryngostomie zu verschlechtern. GONTIER de la ROCHE.

93) U. Calamida. **Ueber die chirurgische Behandlung der chronischen Kehlkopfstenosen. (Sulla cura chirurgica delle stenosi laryngee chroniche.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. II. 1. 1908.*

Verf. theilt aus seiner Praxis 3 Fälle mit, die als Repräsentanten der bei chronischen Kehlkopfstenosen angewandten Methoden gelten sollen. Im ersten Fall wurde eine Narbenstenose in Folge tuberculöser Processe geheilt durch Intubation, nachdem die obstruirende Membran vorher gespalten war. Im zweiten Fall handelte es sich um eine Paralyse der Abductoren mit — wahrscheinlich rheumatischer — Entzündung der Cricoarytaenoidgelenke; es wurde die Tracheotomie gemacht und daran die retrograde Dilatation angeschlossen. Die Erfolge waren günstige, doch brach Pat. die Behandlung ab. Im dritten Fall war erst eine endolaryngeale chirurgische Behandlung gemacht worden; et trat aber ein schweres Recidiv der Stenose auf, und Verf. entschloss sich daher zur Crico-Thyreotomie, die unter Localanästhesie ohne vorhergehende Tracheotomie gemacht wurde. Da aber bei der Operation sich das Narbengewebe im Kehlkopf als sehr massenhaft erwies, wurde, um nach Abtragung desselben und Verschluss der Thyreotomiewunde nicht sich den Gefahren einer wiederkehrenden Stenose auszusetzen, doch noch die Tracheotomie gemacht. Der Erfolg der Operation ist noch nicht definitiv.

FINDER.

94) Louis Fischer. **Behandlung der Kehlkopfstenosen einschliesslich der Intubation in Rückenlage. (Treatment of laryngeal stenosis including intubation by the dorsal method.)** *N. Y. Medical Journal. 1. August 1908.*

Wenn Verf. auch in dieser Arbeit nichts Neues bringt, so setzt er doch auf Grund seiner reichen und mannigfachen Erfahrung viele alte, aber wichtige Gesichtspunkte in das richtige Licht. Er beschreibt auch mit Beifügung trefflicher Holzschnitte die Technik der Intubation in Rückenlage. LEFFERTS.

95) Binford Throne. **Seltene Folgezustände der Intubation. (Rare sequelae of intubation.)** *Proceedings New York Pathological Society. April-Mai 1907.*

Unter 302 Intubationsfällen kam vier Mal prätracheale Abscesse vor, von denen 3 wiederhergestellt wurden. Der tödtlich verlaufene Fall betraf ein dreijähriges Kind, das vor 21 Tagen intubirt war, extubirt und wieder intubirt worden war. Die Anamnese ergab, dass vor der Aufnahme in das Hospital zwei Versuche zur Extubation gemacht worden waren, dass schwere Dyspnoe auf diese Versuche folgte, dass die Dyspnoe durch Einführung einer neuen Tube etwas gehoben wurde. Es wurde diagnosticirt, dass der linke Bronchus durch eine Tube

verstopft sei. Es bestand ein prätrachealer Abscess. Bei der Autopsie fand man Ulceration des Kehlkopfs und der Trachea und eine Tube im Bronchus.

EMIL MAYER.

96) **Franck** (Flensburg). **Ueber die Intubationsstenose des Kehlkopfes nach secundärer Tracheotomie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. 1906.*

Wird nach der O'Dwyer'schen Intubation wegen Decubitus die secundäre Tracheotomie nothwendig, so tritt oft eine sehr rapide Stenosirung bis zur vollkommenen Obliteration des Larynxlumens ein, die der Dilatationsbehandlung unzugänglich ist und nur durch Laryngofissur mit Plastik beseitigt werden kann, wenn sich nicht gar die Nothwendigkeit einer Resection des Kehlkopfes herausstellt. — Verf. empfiehlt, um derartige schlimme Ausgänge zu vermeiden, auch nach der secundären Tracheotomie die Dilatationsbehandlung keinen Tag auszusetzen. Nur soll man sie auf 1—2 Stunden täglich beschränken und solange fortsetzen, bis sich die Kehlkopfschleimhaut erholt hat.

ZARNIKO.

97) **Lotsch** (Magdeburg). **Erfahrungen mit der Intubation bei diphtherischer Larynxstenose.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. 4. 1908.*

Die Intubation ist nur da erlaubt, wo bis zur Glottis kein wesentliches Hinderniss für die Athmung besteht, sie ist contraindicirt bei sehr starker Schwellung oder Gangrän der Rachenorgane, bei Retropharyngealabscess, bei Abschluss des Cavum pharyngo-nasale.

SEIFERT.

98) **Botey** (Barcelona). **Die Crico-thyreoidpunction als präliminäre Operation vor dringenden Tracheotomien. (La ponction crico-thyreoidienne como operacion preliminar en las traqueotomias de urgencia.)** *Revista barcelonesa de laringologia. No. I. 48.*

Die Laryngotomia intercrico-thyreoidea dauert nach Botey 30 Secunden. Der Pat. sitzt, der Kopf wird extendirt, man sucht das Spatium crico-thyreoideum, stösst den Troicart ein und lässt die Canüle in situ. Die Canüle ist abgeplattet und kürzer, als die gewöhnlichen Canülen.

TAPIA.

99) **Fatjó.** **Tracheotomie in extremis. (Traqueotomia in extremis.)** *La medicina de los niños. Juli 1907.*

Fall von Larynxödem. Heilung.

TAPIA.

100) **Citelli** (Catania). **Ueber die Vernarbung der Trachealwunden nach Tracheotomie. Makroskopische und mikroskopische Beobachtungen. (Experimentelle Untersuchungen.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 126. 1907.*

Die Untersuchungen sind an tracheotomirten Hunden vorgenommen; aus den sich bei makroskopischer Betrachtung ergebenden und durch das Mikroskop ergänzten Befunden kann man folgende für die Praxis wichtigen Schlussfolgerungen ziehen:

1. Der Schluss der Trachealwunde kann schnell, d. h. 11 Tage nach dem Decanülement und 15 Tage post operationem erfolgen. Er kann aber auch bisweilen verzögert werden, wie in einem Versuch, wo 30 Tage nach der Operation und 28 Tage nach dem Decanulement bei einem sehr jungen Hunde die Tracheal-

wunde noch in ca. $^1/_3$ ihrer Ausdehnung offen war. Auch in einem anderen Versuch war sie 45 Tage nach der Operation und 41 Tage nach dem Decanulement noch nicht völlig geschlossen.

2. Die Ursachen, die den Schluss der Trachealwunde verzögern können, sind verschiedenartig und nicht immer leicht festzustellen. Der häufigste Grund, weswegen bisweilen die Trachea sich nicht schliesst, ist der, dass jeder der Wundränder sich getrennt epidermisirt. Auch wird der verzögerte oder mangelnde Schluss der Tracheotomiewunde beeinflusst durch die Verschiebung der Ränder, die geringe Activität der Gewebe, Infection der Wunde, Blutung in derselben etc.

3. Der Schluss der Trachealwunde erfolgt durch Narbengewebe, das entweder allein auf die Schleimhaut und die Innenfläche des Perichondriums beschränkt bleiben kann, sodass die Knorpelstümpfe frei bleiben oder aber sich bis zwischen diese und auch bis zu den prätrachealen Geweben erstrecken kann.

Im ersten Fall präsentirt sich die Narbe als ein Häutchen ohne Stütze, sodass es in Folge vermehrten atmosphärischen Drucks in der Trachea, z. B. bei Kehlkopfstenose, zu einer Dehnung der Membran und so allmählich zur Bildung einer Tracheocele kommen könnte.

Im zweiten Falle dagegen, wo sich eine feste Narbe bildet, die zu einer soliden Vereinigung zwischen den Stümpfen der durchschnittenen Ringe führt, wird man keine Dehnung der Narbe zu fürchten brauchen.

4. Die Veränderung des Tracheallumens, die eine Folge der Narbenbildung ist, bleibt auch in den sehr ausgesprochenen Fällen immer beschränkt, sodass sie unter keinen Umständen Respirationsstörungen hervorrufen kann. Es ist daher nicht nöthig, zum Schluss der Trachealwunde zu Hautplastiken seine Zuflucht zu nehmen.

5. Die Stümpfe der durchschnittenen Trachealknorpel liegen nur selten in demselben Niveau. Sie zeigen sich mehr oder weniger verschoben und zwar auf verschiedene Weise, sowohl in den einzelnen Fällen, wie in den verschiedenen Abschnitten einer und derselben Narbe. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

101) **Streit** (Königsberg i. Pr.). **Ueber die Heilung inficirter Trachealwunden. (Mit experimentellen Versuchen an der Katze.)** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 237. 1907.*

Verf. beschreibt seine am Thiere gewonnenen experimentellen Ergebnisse und vergleicht sie mit den aus der Literatur bekannten. Die Thiere wurden in Chloroformnarkose tracheotomirt und an der Wundstelle mit frischen Kapselbacillenkulturen inficirt. Die sich nach erfolgter Infection an der Trachea abspielenden pathologisch-anatomischen Vorgänge waren zunächst naturgemäss hauptsächlich regressiver Art, doch schon frühzeitig zeigten sich bei einigen Gewebsarten schneller, bei anderen langsamer einsetzende Regenerationsprocesse.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

102) **Rueda** (Madrid). **Einige im Verlauf der Tracheotomie beobachtete Zufälle. (Algunos accidentes observados en el curso de la traqueotomia.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 1.*

1. Emphysem der Haut und des Mediastinums, während der Operation auf-

tretend bei einem Individuum mit sehr kurzem Hals, tiefliegender Trachea; das Emphysem verschwand 20 Minuten später. Um solche Zwischenfälle zu vermeiden, räth Verf., die Gewebe nicht zu zerfetzen und die Canüle schnell einzuführen.

2. Diphtherisches Kind; Asphyxie; Intubation war ohne Erfolg gewesen, die Tracheotomie nutzte nichts, da die das Lumen verlegenden Pseudomembranen unterhalb der Canüle sassen; man musste sie mit einer Pincette entfernen.

3. Kehlkopfkrebs; der Kranke athmet gut; im Moment, wo für eine präventive Tracheotomie die Chloroformnarkose eingeleitet wird, tritt plötzlich ein Erstickungsanfall auf. Verf. schliesst daran die Warnung, Kehlkopfstenosen in Narkose zu operiren.

TAPIA.

103) **R. Wolf. Die Endresultate der Tracheotomie. (The final results of tracheotomies.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die an der Trendelenburg'schen Klinik in Leipzig erzielten Endresultate der Tracheotomie bei Diphtherie.

Von 404 Fällen, die während eines Zeitraums von 12 Jahren zur Tracheotomie kamen, wurden 264 als geheilt entlassen; die hohe Mortalitätsziffer hat ihren Grund darin, dass ein grosser Theil der Kinder moribund eingeliefert wurde. Von den entlassenen Kindern hat W. 173 aufgesucht und fand 145 (85,5 pCt.) von ihnen frei von allen Symptomen; 24 (14,2 pCt.) zeigten leichtere Störungen, wie Heiserkeit, Neigung zu leichten Larynxkatarrhen, häufigen Erkältungen; jedoch konnten manche dieser Beschwerden auf andere Ursachen, als auf die Tracheotomie zurückgeführt werden. 7 Patienten (4,1 pCt.) hatten ernstere Beschwerden, 4 zeigten Symptome, die in drei Fällen auf familiäre Disposition zurückgeführt werden konnten. Narbenstenose wurde bei keinem der 173 Kinder beobachtet. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die angeblich häufigen schlechten Enderfolge der Tracheotomie nicht zu Gunsten der Intubation ins Feld geführt werden können.

LEFFERTS.

104) **Wolf. Ueber die Endresultate der Tracheotomie.** (Aus der chir. Klinik der Univers. in Leipzig des Geh. Med.-Rath Prof. Trendelenburg.) *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1908.*

In den Jahren 1895—1906 wurde keine Narbenstenose nach Tracheotomie beobachtet, die einer dilatirenden oder blutig operativen Behandlung bedurfte. Auch die in den letzten 12 Jahren an der Klinik tracheotomirten Kinder erlitten durch die Operation keine Schädigung der tieferen Luftwege — dies zur Kenntnissnahme der Intubations-Verfechter.

HANSZEL.

105) **Max Senator** (Berlin). **Ueber subglottische Laryngoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. 1907.*

Vortr. konnte mit der von Gerber angegebenen Methode zur Sichtbarmachung der Unterflächen der Stimmbänder (vergl. Ref. dieses Centralblatt, No. XXIII, S. 122) bei einem Sänger an der Unterfläche eines Stimmbandes eine hirsekorngrosse Geschwulst feststellen. Im Kehlkopfspiegel konnte nur eine strichförmige Auflagerung wahrgenommen werden. Die Geschwulst wurde subglottisch

durch Aetzmittel beseitigt mit gutem functionellen und localem Erfolge, wie durch den eingeführten zweiten — subglottischen — Spiegel bestätigt werden konnte.

In der Discussion (Berl. klin. Woch. 1907. No. 2) bemerkt Rosenberg, dass er schon 1887 Spiegel in die subglottische Region eingeführt habe. Edm. Meyer erwähnt, dass schon 1862 Rauchfuss (Petersburg) Spiegel angegeben habe, um subglottische Papillome festzustellen.

Im Schlusswort meint Senator, dass seiner Zeit Rosenberg seinen Spiegel zur Sichtbarmachung der Hinterwand, nicht aber der unteren Fläche der Stimmbänder benutzt habe. Positive Resultate habe nur Gerber und er in einem Fall an der Unterfläche der Stimmbänder erzielt.

ALBANUS (ZARNIKO).

106) **Rauchfuss** (St. Petersburg). **Bemerkung zur Discussion über subglottische Laryngoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 8. 1907.*

R. bestätigt, dass er schon 1862 bei einem Fall, wo nach Entfernung eines grossen Stimmbandpapilloms zu entscheiden war, ob auch die subglottische Region frei sei, einen kleinen stählernen, endolaryngealen Gegenspiegel angewandt habe.

ALBANUS (ZARNIKO).

f. Schilddrüse.

107) **de Ligneris** (Bern). **Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Jod auf die Hundeschilddrüse.** *Dissert. Bern 1907.*

Zuerst Feststellung der histologischen Veränderungen bei reiner Hypertrophie: Abnahme des Colloids bis zu völligem Schwund, Zunahme des Epithels, Kleinerwerden des Follicularlumens bis zur Obliteration. Auftreten von Papillen, Unregelmässigwerden der Follikelform, Zunahme des Blutgehalts. Experimente an 14 Hunden. Exstirpation in Morphium-Aethernarkose. Bei der wachsenden Schilddrüse bewirkt das Jod starke Vermehrung des Colloids, Vergrösserung und regelmässige Formbildung des Follikellumens, Abplattung des Epithels bis zur Confluenz der Follikel, Verengerung der Gefässe durch Druck und Abnahme des Blutgehalts der Drüsen. Ganz geringe innere Dosen von Jod haben dasselbe Ergebniss wie grosse Gaben. Innere Behandlung bewirkt viel weniger Entzündung als die äusserliche. Die Hundeschilddrüse reagirt viel weniger auf Jod als die menschliche. Durch Jodbehandlung wird die gesunde Schilddrüse geschädigt auf Kosten des Zellmaterials und der Leistungsfähigkeit der Drüse.

JONQUIÈRE.

108) **Leykin** (Sympheropol). **Wirkung von Jod, Jodothyrin und Thyreoidin auf verschiedene Kropfformen.** *Dissert. Bern 1907.*

Verf. theilt ihre 20 Fälle in 3 Gruppen. 1. Bei ganz frischen nicht behandelten hyperplastischen Kröpfen wirken Jodkali und alle obengenannten Heilmittel in gleicher Weise rasch in wenigen Tagen. 2. Bei nicht mehr frischen, weich elastischen, oft colloid entarteten Strumen wirken diese Medicamente langsamer, erst durch mehrwöchige Behandlung. Jodkali schlug nur wenig an, Jodothyrin wirkte, abgesehen von Basedow gut. 3. Colloide, derbelastische, wenig bewegliche Kröpfe wurden von keinem jener Mittel beeinflusst. Es stellte sich bei allen diesen Versuchen heraus, dass kleine Dosen ebenso gut wirken wie grosse.

JONQUIÈRE.

109) **Halepin** (Odessa). **Art der Jodausscheidung bei Basedowkranken im Vergleich zu Gesunden und zu gewöhnlichen Kropfpatienten.** *Dissert. Bern 1907.*

Die Ergebnisse bei 16 Fällen waren folgende:

1. Bei Gesunden dauerte die Jodausscheidung 2 Tage, die ausgeschiedene Jodmenge betrug 67—74 pCt. der eingeführten.

2. Bei Basedow war die Jodausscheidung auf 3 Tage verlängert. Nach der Operation verhielten sich Basedowkranke wie Gesunde.

3. Bei gewöhnlichen Kropfkranken war das Ausscheidungsverhältniss 60 pCt. des eingenommenen Jods.

JONQUIÈRE.

110) **L. Oppitz. Ueber Strumectomie.** *Dissert. Leipzig 1906.*

Eingehende Besprechung der Strumectomie und Beifügen von 35 Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

111) **A. Horst. Pulsirende Strumametastase der Gesässgegend unter dem Bilde eines Aneurysma.** *Dissert. Leipzig 1906.*

Die pulsirende Geschwulst in der rechten Gesässgegend zeigte bei der 40jährigen Frau alle diagnostischen Merkmale eines Aneurysma einer Gesässarterie. Bei der Operation dagegen wurde die Diagnose auf Tumor (Sarkom des Kreuzbeins) gestellt. Die Blutung war so heftig, dass die Operation unterbrochen und tamponirt werden musste; bereits 20 Minuten später Exitus. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich nicht um Sarkom, sondern um eine gefässreiche Struma — Knochenmetastase — gehandelt hatte; die Tumorstücke zeigten denselben Bau wie eine gewöhnliche Struma parenchymatosa. Die Schilddrüse war seit ihrer Kindheit vergrössert, hatte aber nie Beschwerden verursacht.

OPPIKOFER.

112) **W. Burk** (Stuttgart). **Ueber einen Fall von acuter recidivirender Thyreoiditis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1908.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines Falles von primärer acuter nichteitriger Thyreoiditis, entstanden durch mechanische Ursachen, nebst epikritischen Bemerkungen.

HECHT.

113) **Hans Schwerin** (Berlin). **Zwei Fälle acuter nichteitriger Thyreoiditis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1908.*

Mittheilung, dass Autor „in den letzten vier Jahren 2 Fälle nichteitriger Thyreoiditis beobachtete, die typisch so verliefen, wie es de Quervain und Dunger beschreiben“.

HECHT.

g. Oesophagus.

114) **Bichaton** und **Blum. Schmerzhafter Spasmus des Oesophagus. Reichlicher Speichelfluss, völlige Aphonie neuropathischen Ursprungs bei einem Mann. (Spasme douloureux de l'oesophage, sialorrhée abondante; aphonie complète d'origine neuropathique chez un homme.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 16. 18. April 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt.

BRINDEL.



115) **R. Driout. Technik der Oesophagoskopie. Beitrag zum Studium der Fremdkörper der Speiseröhre. (Technique de l'oesophagoscopie. Contribution à l'étude des corps étrangers de l'oesophage.)** *Dissert. Nancy 1907.*

Da auf den chirurgischen Abtheilungen in Frankreich auch heute noch die Oesophagoskopie fast durchwegs unberücksichtigt bleibt und fast regelmässig von vornherein die unsichereren und gefährlicheren Verfahren Anwendung finden, so hebt D. in seiner fleissigen Arbeit an der Hand von zahlreichen Beispielen aus der Literatur den hohen Werth der Oesophagoskopie hervor. OPPIKOFER.

116) **Alwin Ach** (München). **Fremdkörper des Oesophagus.** *Münchener med. Wochenschr. No. 44. 1908.*

Ach bespricht die verschiedenen diagnostischen Hülfsmittel (Anamnese, Sondirung, Röntgenphotographie und Oesophagoskopie). Das souveränste Hülfsmittel ist die Oesophagoskopie, die Ach mit dem von ihm angegebenen Instrumentarium unter Aufblähung des Oesophagus mittels des pneumatischen Apparates verwendet. Verf. erörtert anschliessend die Technik der Oesophagoskopie und der Fremdkörperextraction. Gelingt es nicht, den Fremdkörper auf diesem Wege zu extrahiren, so tritt die Oesophagotomie in ihre Rechte, jedoch kommt dieses Verfahren nur für die Fremdkörper oberhalb der Bifurcation in Frage. „Bei tief, d. h. nahe der Cardia sitzenden Fremdkörpern, die sich nicht in besprochener Weise entfernen lassen, ist die Gastrotomie mit retrograder Oesophagoskopie und Extraction mit dem Oesophagoskop die rationellste Methode." Anschliessend Mittheilung von 10 einschlägigen Krankengeschichten. HECHT.

117) **Lawford Knaggs. Perforation des Oesophagus durch einen Kaninchenknochen; septische Entzündung des Mediastinum; Ulceration in die Aorta; Tod infolge Blutung. (Perforation of the oesophagus by a rabbit bone: septic inflammation of the mediastinum; ulceration into the aorta; death from hemorrhage.)** *Lancet. 28. März 1908.*

Ein 16jähriger junger Mann verschluckte beim Essen einer Kaninchenpastete einen Knochen; er hatte Schmerzen und zwei Tage lang Erbrechen. Eine Sonde passirte leicht bis in den Magen. Am 8. Tage erbrach er grosse Mengen Blut und starb in 4 Stunden. Die Obduction ergab den im Titel gekennzeichneten Befund. ADOLPH BRONNER.

118) **E. Botella** (Madrid). **Stück einer Zahnplatte im Oesophagus. Extraction durch die Oesophagoskopie. (Pieza dentaria caida en el esófago. Extracción por esofagoscopia.)** *Siglo medico. 29. November 1907.*

Titel besagt den Inhalt. TAPIA.

119) **Parellada** (Madrid). **Sousstück im Oesophagus. Vergebliche Oesophagoskopie Heilung. (Moneda de cinco centesimos detenida en el esofago. Esofagoscopia frustrada. Curacion.)** *La medicina de los ninos. September 1907.*

Als man sich anschickte, die Oesophagotomia externa zu machen, wurde der Fremdkörper durch eine Würgbewegung in den Pharynx geschleudert und von dort mit dem Finger herausgeholt. TAPIA.



120) **J. Manson** (Madrid). **Offene Sicherheitsnadel im Oesophagus eines 5 Monate alten Kindes. (Open safety pin in the oesophagus of a child aged 5 months.)** *Lancet. 4. Januar 1908.*

Die Nadel wurde in den Magen hinuntergestossen und ging am 6. Tage durch den Darm ab.

ADOLPH BRONNER.

121) **Burger** (Amsterdam). **Regeln bezüglich der Untersuchung des oberen Theils des Oesophagus. (Règles relatives à l'examen de la partie supérieure de l'oesophage.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 43. 1908.*

Auf dem XII. flämischen Congress für Natur- und medicinische Wissenschaften in St. Nicolas vom 19. bis 21. September 1908 erinnert B. an die der Oesophagoskopie und Laryngoskopie vorausgehenden Untersuchungsmethoden mit der Sonde und der Palpation.

Das Oesophagoskop ist ein ausgezeichnetes Instrument, eignet sich aber nicht sehr zur Untersuchung des Hypopharynx. Dieser ist im normalen Zustand geschlossen. B. räth, denselben vermittelst eines besonders dazu angegebenen Hakens nach vorne zu ziehen und mit dem Laryngoskop zu untersuchen.

Die Röntgenstrahlen gestatten, den Sitz eines Fremdkörpers, eines Tumors, eines Aneurysmasackes genau festzustellen. B. zeigt an schönen Abbildungen die topographische Anatomie und ein Schema von allen Fällen von Fremdkörpern des Hypopharynx, die in der Literatur verzeichnet sind, angeordnet nach ihrem jeweiligen Sitz.

BAYER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Seifert** (Würzburg). **Geschichte der Laryngologie in Würzburg.** Würzburg, Curt Kabitzsch. 1908.

Zahlreiche Träger berühmter Namen gehörten der Universität Würzburg an, so Virchow, v. Bergmann, Troeltsch, Sachs, Leube, Scanzoni, Kölliker und Roentgen. Erinnern wir uns, dass unter den Lehrern, die an dieser Hochschule wirkten, im Jahre 1860 auch Gerhardt war, so wird es uns nicht überraschen, dass auch die Laryngologie zu den dort gepflegten Unterrichtsfächern gehörte. Sie war neben der Auscultation und Percussion Gegenstand des Curses über die physikalischen Untersuchungsmethoden. Auf Gerhardt folgten Rossbach, Riegel u. A.; Seifert hat Curse über Laryngoskopie und Rhinoskopie von 1883 ununterbrochen bis zu diesem Zeitpunkt gehalten. In seiner „Geschichte der Laryngologie in Würzburg" giebt Seifert einen Rückblick auf die Entwickelung der laryngologischen Schule, mit der sein Name auf so glanzvolle Weise verknüpft ist. Seine Schaffenskraft ist allbekannt; wie unerschöpflich sie ist, das erkennen wir jedoch erst, wenn wir die Liste der aus seiner Feder hervorgegangenen Arbeiten lesen. Seine Fähigkeit, anregend auf andere zu wirken, geht aus dem Verzeichniss seiner Assistenten hervor, in dem wir die Namen von Forschern, wie Herzog, Kahn, Lieven, Petersen, Kanasugi, Bönninghaus und Hasslauer finden. Die Zahl der im Jahre in Würzburg behandelten Patienten ist naturgemäss erheb-

lich geringer, als an den überfüllten Kliniken der grossen Städte; dieser Umstand aber gerade erlaubt ein eingehenderes Studium des Materials und führt zu den ausgezeichneten Ergebnissen, auf die wir bereits hingewiesen haben. Würzburg erfreut sich eines Rufes wegen der Schönheit seiner natürlichen Lage, wegen der Güte seiner Weine und wie die Studentenlieder bezeugen, noch wegen anderer Anziehungspunkte. Wer all dies an Ort und Stelle kennen lernen will und noch einen guten Grund sucht, um nach Würzburg zu gehen, der wird keinen besseren finden, als dass er dort unter Prof. Seifert Laryngologie studiren will.

Dundas Grant.

---

b) William Lloyd F. R. C. S. **Heufieber, Heuasthma; ihre Ursache, Diagnose und Behandlung. (Hay fever, hay asthma. Its cause diagnosis and treatment.)** 2. Aufl. London, Henry Glaisher. 1908. 107 Ss.

Von den 71 Seiten, aus denen, abgesehen von den letzten 25 nur Krankengeschichten enthaltenden Seiten, das Buch besteht, handelt das erste Capitel von 21 Seiten sehr ausführlich von den verschiedenen Theorien über die Ursachen des Heufiebers. Es folgt eine Uebersicht über die prädisponirenden und auslösenden Momente nebst werthvollen Winken für die Unterscheidung der wahren und Pseudoformen des Heufiebers. Das Capitel über die Therapie ist gründlich und praktisch und enthält in den Bemerkungen über die Prophylaxe viele nützliche Unterweisungen. Es ist — unseres Erachtens mit Recht — in Bezug auf die Behandlung ein Unterschied gemacht zwischen den Fällen, in denen ausgesprochene pathologische Veränderungen sich in der Nase finden und denen, wo nichts Abnormes nachweisbar ist, ausser hypersensiblen Punkten; es wird empfohlen, diese zu cauterisiren.

In einer Monographie über diesen Gegenstand sollte man erwarten, weitere Bemerkungen über das Pollantin zu finden; Verf. begnügt sich damit, ohne Commentar Sir Felix Semon's Schlussfolgerungen wiederzugeben, nebst einem flüchtigen Hinweis auf die Ergebnisse Wolff-Eisner's.

Dem allgemeinen Praktiker wird das kleine Buch von grossem Nutzen sein, wenn er mit der schwierigen Affection zu thun hat.

P. Watson Williams (Bristol).

---

c) Verein deutscher Laryngologen.

XV. Tagung, Pfingsten, 8. Juni 1908.

Vorsitzender: Vohsen-Frankfurt a. M.

In der diesjährigen Geschäftssitzung wurde einstimmig beschlossen, dass der Verein süddeutscher Laryngologen fortan den Namen „Verein deutscher Laryngologen" führen soll.

Körner (Rostock) demonstrirt ein Carcinom des Hypopharynx, das in den Kehlkopf hineingewachsen war, bespricht die Schwierigkeiten der klinischen Erkennung der Ursprungsstelle und der Ausdehnung solcher Geschwülste und betont den Werth der Hypopharyngoskopie.

v. Eichborn (Heidelberg): Ueber Anwendung der Fulguration in der Laryngologie.

Beschreibung des Fulgurationsapparates. Im Heidelberger Samariterhause werden Funkenbündel von 2—5 cm Länge angewandt und zwar wegen der Schmerzhaftigkeit in gemischter Narkose; Skopolaminmorphium und Chloroform.

Die Wirkung der Fulguration ist eine mehrfache. Zunächst entsteht an der einige Secunden lang fulgurirten Hautstelle eine kleine Blase, wie bei einer Verbrennung 2°. Im nächsten Augenblicke wird die Blase durch die Funken durchschlagen, entleert sich und fällt in sich zusammen. Fulgurirt man noch weiter dieselbe Stelle, so entsteht ein Verbrennungsschorf. Grössere Hautpartien, die man mit wandernder Elektrode fulgurirt, werden zunächst für kurze Zeit anämisch, worauf eine länger dauernde Hyperämie und Röthung eintritt.

Um Blasenbildung und Verschorfung zu verhindern, wird mit CO_2 oder, wo diese, wie in Mund und Nase nicht anzuwenden ist, mit comprimirter Luft gekühlt. Daneben kommt die mechanische und die Lichtwirkung der Funkenbüschel zur Geltung.

Leider ist die Tiefenwirkung der Fulguration nicht gross: 1 cm ist wohl das höchste, was man erwarten darf. Sie macht deshalb auch die Chirurgie nicht entbehrlich. Sie soll nur die makroskopisch nicht mehr sichtbaren Reste des Krebsgewebes zerstören und den Patienten vor Recidiven schützen.

Die Erfahrungen v. Eichborn's sind noch zu kurz, um ein abschliessendes Urtheil zu gestatten; über die Möglichkeit der Vermeidung von Recidiven wird man sich erst nach Jahren äussern können.

Man kann vorläufig nur sagen, dass die Fulguration in denjenigen Fällen, in denen man bisher durch langwierige Radium- oder Röntgen-Behandlung Erfolge erzielte, dieselben Erfolge in einer einzigen oder in zwei Sitzungen erreicht. Diese Zerstörung auf einmal hat auch insofern einigen Werth, als bekanntlich während der Dauer der Röntgenbehandlung die Krebsgeschwulst zwar an den bestrahlten Stellen zurückgeht, aber an den Nachbarstellen inzwischen oft wieder weiterwächst.

Die Fulguration ist uns ferner von grossem Nutzen bei der Behandlung von Recidiven und bei nicht mehr radical operablen Fällen, wo es sich darum handelt, leicht blutende, jauchende und übelriechende Wundflächen zu reinigen, dem Patienten seine Schmerzen und ihn selbst für seine Umgebung wieder erträglich zu machen.

Vorstellung eines Falles von Larynxcarcinom (Plattenepithelcarcinom) und eines Kindes von 11 Jahren mit Fibro-chondro-myxo-sarkom des Rachens. Beide sind im Anschluss an die operative Behandlung mit Fulguration behandelt. Das Resultat ist bis jetzt günstig.

Discussion:

B. Fränkel (Berlin) hat Versuche mit Pilzculturen gemacht, die ergaben, dass eine Abtödtung durch die Fulguration stattfindet; diese ist keine Folge der Wärmewirkung. Therapeutisch hat Fränkel besonders bei Tuberculose Versuche gemacht; die Erfolge waren zum Theil günstig, doch nicht gleichmässig.

v. Eichborn Schlusswort.

Killian (Freiburg i. Breisgau): Die Erkrankungen der Nasennebenhöhlen bei Scharlach.

Zwei Fälle von Erkrankung der Nebenhöhlen im Anschluss an Scharlach im letzten Winter, von denen einer durch frühzeitiges Eingreifen gerettet wurde, gaben Anlass, das vorhandene Material zu bearbeiten.

Es sind zwei Formen von Sinusitis scarlatinosa zu beobachten, die einfache und die complicirte.

Die einfache Sinusitis tritt aller Wahrscheinlichkeit nach sehr häufig ein. Dafür spricht schon die Analogie mit anderen Infectionskrankheiten, ferner die Thatsache, dass bei den Scharlachsectionen von Wolf und Wertheim schon unter wenigen Fällen eine Reihe von Nebenhöhlenerkrankungen gefunden wurde, doch haben sie von Seiten der inneren Mediciner wenig Beachtung gefunden; es ist wünschenswerth, dass diese Dinge mehr beachtet werden. Die meisten acuten Nebenhöhlenaffectionen kommen wie auch sonst, so auch beim Scharlach zu spontaner Heilung. Nur einige werden chronisch, gelangen noch spät zur Beobachtung und können auch nach langer Zeit noch complicirt verlaufen.

Solche Fälle machen auffällige Erscheinungen, daher hat man auch gelegentlich über sie berichtet. Ihre Häufigkeit muss viel grösser sein, als es bis jetzt den Anschein hat. Die Rhinologen wurden offenbar selten zugezogen.

Bei complicirtem Verlauf einer Nebenhöhlenaffection bei Scharlach tritt frühzeitig äusseres Oedem auf, in zwei Fällen schon am fünften Tage beobachtet, die geschwollene Partie ist oft spontan und auf Druck schmerzhaft, sie betrifft Stirngegend, Nasenwurzel, meistens inneres Drittel des oberen Augenlides. Bei Kindern bis zu sieben Jahren kommen wesentlich die Siebbeinzellen in Betracht, von 8—9 Jahren die Stirnhöhle, erst viel später die des Keilbeins. Aus anatomischen Gründen hat man es seltener mit einer complicirten Erkrankung der Kieferhöhle zu thun.

Oedem und Eiterbildung entstehen dadurch, dass der Entzündungsprocess von der Nebenhöhlen-Schleimhaut zum äusseren Periost fortschreitet. Dabei erkrankt beim Scharlach sehr rasch der Knochen mit. Thatsächlich sind 13 Mal Knochenveränderungen nachgewiesen worden, von den leichtesten bis zu den schwersten cariösen Processen, Perforationen und Sequesterbildungen. Die Löcher befanden sich meistens in der Lamina papyracea des Siebbeins, aber auch das Dach des Antrum und die vordere und die untere Wand der Stirnhöhle wurden perforirt gefunden.

Die eigentlich gefährlichen sind die Complicationen von Seiten der Stirnhöhle, hier ist die Gefahr der intracraniellen Erkrankung sehr gross, ausnahmsweise (Edm. Meyer) auch schon in früherem Alter. Drei Kinder starben an eitriger Meningitis, auch Thrombose des Längsblutleiters mit folgender pyämischer Eiterung wurde beobachtet. Die Diagnose der complicirten Scharlachsinuisitis ist wegen des äusseren Oedems leicht, daneben kommen die sonstigen diagnostischen Mittel (Röntgen etc.) in Betracht. Die Auffassung dieser Erkrankungen muss stets sehr ernst sein; sie fordern zu energischem Handeln auf nach dem Vorgange von Preysing.

Es handelt sich im Wesentlichen darum, das ganze Siebbein und, wo eine Stirnhöhle vorhanden ist, auch diese zu eröffnen; zu diesem Zweck Bogenschnitt wie bei Killian's Radicaloperation. Da die Wunde eine Zeit lang offen gehalten werden muss, so empfiehlt es sich, den Schnitt nicht innerhalb der Augenbraue, sondern darüber verlaufen zu lassen. An der Nasenseite muss er soweit nach aussen gehen, dass der Processus frontalis bequem resecirt werden kann. Es folgt die Ausräumung der Siebbeinzellen. Stets sollte man auch die Kieferhöhle probeweise eröffnen.

Discussion: Nager, Edm. Meyer, Vohsen, Hinsberg, Preysing und Walter Haenel theilen zum Theil weitere Fälle mit.

von Eicken (Freiburg i. Br.): Speichelfluss durch die Nase. Vorstellung eines Falles.

Beim Kauen und bei Vorstellung von Nahrungsmitteln Ausfluss von Speichel durch die Nase. Es war früher eine breite Eröffnung des Antrums gemacht, die orale Wunde eine Zeitlang offen gehalten, darauf zunächst Eindringen von Speisen durch die Kieferhöhle in die Nase, Operation, Verschluss der oralen Fistel, Aufhören des Durchtretens von Speisen, doch blieb eine ganz kleine Oeffnung; durch sie dringt der Speichel in Kieferhöhle und Nase.

von Eicken (Freiburg i. Br.): Unsere Erfahrungen über Complicationen bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.

Eine grosse Anzahl dahin gehöriger Fälle, deren Einzelheiten sich zu kurzem Referat nicht eignen. Das Material theilt sich in folgende Gruppen: 4 Fälle mit ödematösen Erscheinungen (der Lider, retrobulbäres Oedem, Exophthalmus etc.), die nach Eröffnung der erkrankten Nebenhöhlen sämmtlich geheilt wurden. Ferner 3 Fälle mit regionären Abscessen, davon einer in der Gegend oberhalb der Thränenwege, 2 Fälle mit Abscessbildung in der Stirngegend. Zu den Complicationen in der Schädelhöhle übergehend hält v. Eicken es für wahrscheinlich, dass in zwei Fällen eine Meningitis serosa bestanden hat. Drei extradurale Abscesse, sämmtlich als zufällige Befunde bei Stirnhöhlenoperationen, durch Operation geheilt; den Fällen war gemeinsam das plötzliche Auftreten einer starken Schwellung des oberen Lides, ein Symptom, das bei chronischer Stirnhöhleneiterung grossen diagnostischen Werth hat. Zwei Patienten sind an Meningitis nach einer Nebenhöhlenoperation gestorben. Ein Fall von Frontallappenabscess, Heilung; sechs Jahre später Exitus an Carcinom; Sectionsbefund wird mitgeteilt.

Zwei Fälle von Osteomyelitis cranii. Fall 1. Nach früherer Eröffnung der rechten Kieferhöhle und submucöser Septumresection wird Radicaloperation der rechten Stirnhöhle, des Siebbeins, der Keilbeinhöhle gemacht, nach primärer Naht zuerst guter Wundverlauf, dann Wiedereröffnung der Wunde nothwendig, trotzdem sich weiter ausdehnende Periostitis und Osteomyelitis, Abscess im Stirnhirn, breite Drainage, Kräfteverfall, Zeichen, die für Abscess im linken Schläfenlappen sprachen, Exitus durch Meningitis, Sectionsbefund.

Fall 2. Stirnhöhlen-, Siebbeineiterung, nach Trauma acute Verschlechterung, Operation ergiebt nekrotische Knochenmassen im Bereich des linken Thränen-Sieb-

Stirnbeines. Fortschreiten trotz wiederholter Operation, Meningitis, Exitus, Sectionsbefund.

Fälle, in denen Thrombose des Sinus cavernosus mit Wahrscheinlichkeit den Exitus veranlassten, sah Killian zweimal, Section verweigert.

Zwei Fälle von Thrombosen des Sinus longitudinalis als zufällige Sectionsergebnisse zur Kenntniss gelangt.

Zwei Fälle von metastatischen Eiterungen, einmal in der Prostata, einmal eitrige Peritonitis, Pneumonie etc.

Discussion: Kander.

Brünings (Freiburg i. Br.): Beiträge zur submucösen Septumresection. Instrumentarium: Abgesehen von Injectionsspritze, Tupfer etc. a) Haken zum Aufhalten des Nasenlochs, b) Septummesser, c) doppelseitiges Raspatorium, d) Messer nach Ballenger, e) f) Septumzangen nach Brünings, g) h) Meissel, Hammer, i) Tamponadezange nach Brünings — ferner Gummitampons, Septumklammern, davon eingehend besprochen: Septumzange; stanzende Zangen sind nicht zweckmässig zum Ausbrechen der freigelegten knorpeligen oder knöchernen Septumtheile, die Brünings'sche Zange mit ineinander gelegten Branchen eignet sich selbst zum Abbrechen des verdickten Vomers, so dass Meissel selten zur Anwendung kommt. Neu ist Tamponadezange, deren Backen innen glatt sind, sie vermeidet den Uebelstand der gerieften Zange, Gaze etc. wieder mit herauszuziehen.

Die Nachtheile der Nasentamponade werden aufgezählt, sie führten Brünings zunächst zur Einführung eines gefensterten Gummischlauches, der aber den Nachtheil hat, dass er durch Secret verstopft wird. Nach verschiedenen Verbesserungsversuchen der Wattetamponade, die besonders darauf gerichtet waren, die Entfernung der Tampons schmerzloser zu gestalten, griff Brünings zu strangförmigen Tampons aus den bekannten Gummibadeschwämmen; deren Vorzüge, Elastizität, auch im feuchten Zustande, Porosität, Schlüpfrigkeit, die auch bei der Entfernung derselben sich geltend machen, werden weiter ausgeführt.

Tamponade mit Gummischwamm, wenn auch eine gute Nachbehandlungsmethode der Septumresection, stellt nicht das Ideal einer solchen dar. Brünings hat daher den Versuch gemacht, die Septumblätter durch Compressorien miteinander zu vereinigen, so dass die Nasenathmung freibleibt. Mit solchen Klammern sind 31 Fälle von Septumresection behandelt, so dass Brünings kein Bedenken trägt, die Methode als wesentlichen Fortschritt zu bezeichnen. Die Vortheile der Behandlung mit Klammern, deren Form und Gebrauchstechnik ausführlich beschrieben wird, sind:

1. Die Einführung der Klammern ist auch ohne Cocainisirung der lateralen Nasenwand schmerzlos.

2. Die Durchsichtigkeit der Klammern ermöglicht es, nach ihrer Anlegung die Adaption von Schleimhautrissen zu controliren und eventuell unter der Klammer zu corrigiren.

3. Die Nasenathmung bleibt bei der Klammerbehandlung in der Mehrzahl der Fälle dauernd erhalten. Absaugung des Sekrets nach hinten ist in jedem Falle möglich. Schluckbeschwerden treten niemals ein.

4. Die durch Sekretstauung und Sekretverhaltung bedingten Tamponadebeschwerden fallen vollständig fort; Temperatursteigerungen, wie sie sonst die Regel bilden, fehlen fast ausnahmslos.

5. Die Klammern haben ausser gelegentlichem Niessreiz keinerlei Beschwerden gemacht; ihre Entfernung ist leicht und ohne jeden Schmerz zu bewerkstelligen.

6. Die Klammeranwendung kürzt die Dauer der Behandlung bis auf die Hälfte der sonst üblichen Zeit ab.

Discussion: Katz, Zarniko, Auerbach, Brünings (Schlusswort).

Goris (Brüssel): Demonstration primärer Mandeltuberculose.

Bei ganz gesunder Patientin von 23 Jahren ohne Lungenbefund und ohne Auswurf, anscheinend einfach hypertrophische Mandeln, Cauterisation, schlechte Heilung. Untersuchung ergab typische Tuberculose mit Riesenzellen. Demonstration der Präparate. Eine Injection von Koch'schem Alttuberkulin ergab bei der Patientin typische Reaction.

Discussion: Schönemann (Bern).

Die Tonsillen erkranken zumeist secundär, und zwar nicht etwa vornehmlich durch Fortleitung des tuberculösen Processes, sondern metastatisch bei Tuberculose der Nasenschleimhaut. Dieser Umstand spricht für Sch.'s Ansicht über die Bedeutung der Tonsillen, dass nämlich letztere nichts anderes vorstellen, als submucös gelegene zwischen Nasen- und Nasenrachen-Schleimhaut und tieferen Halslymphdrüsen eingeschaltete Lymphdrüsen.

Goris: Schlusswort.

Neugass (Mannheim): Ein Fall von syphilitischem Primäraffect der Nasenscheidewand.

Syphilitische Primäraffecte der Nase sind selten. Es wurde daher in dem folgenden Falle die Diagnose auch erst bei Auftreten einer Roseola gestellt. Es handelt sich um einen 22jährigen Patienten, der angab, dass seit einiger Zeit die Nase beim Waschen und Schneuzen geblutet habe.

Bei der Untersuchung fand sich auf der rechten Seite des Septum cartilag. ein etwa 10-Pfennigstückgrosses Ulcus, und zwar an der bekannten Stelle, die durch den in der Nase bohrenden und herumarbeitenden Zeigefinger sehr häufig der Sitz von Excorationen ist. Die Submaxillar- und Submentaldrüsen waren nicht auffallend geschwollen.

Da das Ulcus trotz eingeleiteter Therapie nicht heilte, wurde der Verdacht auf Lues rege, der denn auch, als Secundärerscheinungen auftraten, durch anamnestische Angaben erklärt und durch den Erfolg der specifischen Therapie zur Sicherheit wurde.

Blumenfeld-Wiesbaden),
Schriftführer



d) Londoner laryngologische Gesellschaft.

Juni 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Bericht der Geschwulst-Commission:

St. Clair Thomson: 1. Bösartige endolaryngeale Geschwulst bei einem jungen Manne. (Cfr. Versammlung April 1907.)

Carcinom.

2. Prolaps des Ventrikels. (April 1907.)

Weiches ödematöses Fibrom ohne Drüsen oder Anzeichen für einen Ursprung des Tumors im Ventrikel.

Fitzgerald Powell: Nasenrachengeschwulst. (Mai 1907.)

Hyperplastische Geschwulst von lymphoidem Gewebe mit Riesenzellen, aber ohne sichere Anzeichen für die Diagnose von Tuberculose.

Dundas Grant: Maligne Rachengeschwulst. (Mai 1907).

Plattenzellencarcinom.

Lambert Lack: Durch Thyreotomie entfernte Kehlkopfgeschwulst.

Plattenzellencarcinom.

Stanley Green: Mit Röntgenstrahlen behandeltes Sarkom der Tonsille.

58jähriger Mann. Nach der Operation Recidiv. Beim Beginn der Behandlung war ein grosser Tonsillartumor vorhanden und eine grosse Anzahl von orangengrossen und sehr harten Drüsen am Hals fühlbar. Es wurden Röntgenstrahlen angewandt — und zwar 13 innere und 7 äussere Applicationen (zusammen ungefähr 7 Stunden Expositionszeit in 3 Monaten). Der Tumor ging erheblich an Grösse zurück und die Drüsen verschwanden fast ganz. Allgemeinbefinden gut.

S. Moritz: Carcinom des Kehlkopfs.

Präparate einer sehr ausgebreiteten Erkrankung.

Watson Williams: Radicaloperation eines Stirnhöhlen- und Oberkieferempyems.

St. Clair Thomson: Ausgedehnte tuberculöse Laryngitis.

Seit 15 Monaten völlige Vernarbung nach galvanokaustischer Behandlung. Ein Versuch mit Sanatoriumbehandlung war ohne Erfolg gewesen; erst nach der Galvanokaustik trat Heilung ein. Nach 6maliger Anwendung derselben im Laufe von 7 Monaten war auffallende Besserung zu verzeichnen; jetzt übt Patient ohne Schwierigkeit seinen Beruf als Prediger aus.

Sir Felix Semon erwähnt einen Fall von Lupus, der 16 Jahre nach der galvanokaustischen Behandlung geheilt blieb.

St. Clair Thomson machte zahlreiche und tiefe Einstiche bis in das gesunde Gewebe; es wurden 15 Sitzungen gebraucht.

St. Clair Thomson: Ein zerlegter Schädel, an dem die Ausdehnung der Siebbeinzellen demonstrirt wird.

Man sieht, dass einige orbitale Siebbeinzellen, die sich nach aussen in die Orbita erstrecken, durch intranasale Proceduren nicht zu erreichen sind.

Westmacott ist der Ansicht, dass diese Zellen sehr wohl von der Nase aus eröffnet, drainirt und ausgespült werden können.

Lambert Lack sagt, das gelegentliche Vorkommen solcher Zellen sei kein Grund gegen die intranasale Inangriffnahme eines Siebbeinempyems. Sollte die Eiterung andauern, so würde natürlich eine Operation von aussen nothwendig werden.

William Hill plädirt für Beibehaltung der alten Bezeichnung „Frontoethmoidalzellen“.

Paterson betrachtet diese Zellen als orbitale Recessus der Stirnhöhle.

Betham Robinson: Verwachsung des weichen Gaumens; Operation.

Es handelte sich um einen 17jährigen jungen Mann mit congenitaler Syphilis. Nach Ablösung des weichen Gaumens von der hinteren Pharynxwand wurden seine Ränder in eine Art Lederfutteral eingehüllt und dieses durch vier Seidenfäden in seiner Lage gehalten, von denen je einer durch jedes Nasenloch und zwei durch den Mund gingen und dann zusammengeknüpft wurden. Dieses wurde 14 Tage so gehalten. Das Resultat ist jetzt — 8 Monate nach der Operation — ausgezeichnet. Pat., der vorher fast taub war, kann wieder hören.

Lieven beschreibt einen Gummibeutel, den der Patient einführt und mit Luft aufbläht.

St. Clair Thomson: Kehlkopfzange zum Gebrauch bei der directen Laryngoskopie.

Jobson Horne: 1. Kehlkopfzange für directe Laryngoskopie.

Paterson beschreibt seine eigene Zange.

2. Kehlkopfkrebs.

Zwei Präparate, von im Jahre 1901 von Harvey ausgeführten Totalexstirpationen herrührend.

Stuart Low: 1. Fall von Nävus der Zunge bei einem 12jährigen Mädchen.

2. Fall von chronischer Stirnhöhlenerkrankung.

Es war die vordere Wand entfernt worden. Um einer Entstellung vorzubeugen, war eine Silberplatte über die Knochenlücke eingelegt worden. Die Wunde heilte per primam und die Platte ist bisher — nach einem Monat — anstandslos getragen worden.

Dundas Grant: Tumor der Zunge, möglicherweise ein Dermoid oder eine accessorische Schilddrüse.

Grosse glatte Geschwulst auf dem hinteren Theil der Zunge bei einer 23jährigen Frau, besteht seit 5 Jahren.

Creswell Baber berichtet über einen ähnlichen Fall.

Westmacott hat in der Literatur der letzten 10 Jahre keinen Fall gefunden, wo Dermoidgewebe im Ductus thyreoglossus nachgewiesen war.

Herbert Tilley: Erweichtes Gummi des Nasenflügels.

e) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

London, 1. November 1907.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Alexander Tweedie: Mikroskopisches Präparat von pulsirender Geschwulst der mittleren Muschel, die zu häufigem Auftreten von gefahrdrohender Epistaxis Anlass gab.

Bei dem 54jährigen Patienten sass die einem diffusen Naevus gleichende Geschwulst am unteren Rand der mittleren Muschel. Nach Abtragung der Muschel blieb Pat. gesund und frei von Blutungen.

Pegler hält den Tumor für ein pulsirendes Angiom.

Scanes Spicer hat drei oder vier Fälle gesehen, wo er den Sitz der Blutung auch an der mittleren Muschel vermuthete.

Mc. Kenzie erinnert an einen von Wyatt Wingrave im vorigen Jahr publicirten Fall von naevoider Erkrankung der mittleren Muschel, aber ohne Blutung (Journal of Laryngology).

Donelan berichtet über einen Fall von secundärer Blutung nach Abtragung der mittleren Muschel, in dem sich ihm das Ruspini'sche Stypticum (Präparat von flüchtigem Maticoöl) von Nutzen erwies.

Dan Mc. Kenzie: Parese des rechten Stimmbandes bei einem 40jährigen Mann.

Pat., ein Sänger, empfand zuerst vor einigen Monaten Schwierigkeiten beim Singen hoher Töne. Man fand einige Beschränkung der Bewegungen des rechten Stimmbandes. Mittels X-Strahlen ergaben sich Zeichen von fibröser Veränderung in beiden Lungenspitzen.

In der Discussion (Furniss Potter, Clayton Fox, Nourse u. A.) finden die einen, dass das Stimmband sich normal bewegt, während die anderen gewisse Bewegungsbeschränkung zugeben.

II. Fistulöse Oeffnung in der Mittellinie des Halses, gerade über dem Zungenbein.

Pat., eine 39jährige Frau, hat an dieser Stelle, solange sie denken kann, eine Erhöhung; seit einem Jahr bestehen Schmerzen und eine wässerige Flüssigkeit wird abgesondert. Eine strangartige Schwellung, die nach hinten und oben zur Zungenbasis führt, ist fühlbar.

Watson Williams hält einen persistirenden Ductus thyreo-glossus vorliegend.

De Santi hält es für eine thyreo-glossale Cyste und empfiehlt Freilegung des Fistelganges.

Dundas Grant meint, der Fall weiche in Manchem von den typischen Fällen von Ductus thyreo-glossus ab; so besteht eine — bisher nicht erklärte — Schwellung unter dem Kinn.

St. Clair Thomson empfiehlt Spaltung des Zungenbeins.

Dundas Grant weist darauf hin, dass in solchen Fällen die Elektrolyse nicht zu verachten sei; er berichtet über einen Fall.

F. A. Rose: Hühnerknochen fast 48 Stunden im Kehlkopf eingekeilt.

Der Knochen wurde von einem 19jährigen Mädchen aspirirt; er lag in der Mittellinie, das eine Ende oberhalb, das andere unterhalb der Stimmbänder.

Harold Barwell: Fall von extremer Form von Septumverbiegung.

B. fragt an, wie die hochgradige S-förmige Verbiegung am Besten zu operiren sei.

Dundas Grant räth zur submucösen Resection.

Scanes Spicer und De Santi halten Operation für unnöthig.

Barwell: Fall eines Mannes, der vor 33 Monaten wegen tuberculöser Laryngitis thyreotomirt wurde.

23jähriger Mann, mit geringen Symptomen von Lungenerkrankung. Tuberkelbacillen nicht gefunden. Die Ventrikelschleimhaut war stark infiltrirt und verdeckte die Stimmlippen; es wurde die Thyreotomie gemacht, die erkrankten Theile ausgeschnitten, der Larynx ausgekratzt und mit Milchsäure geätzt. Der Kehlkopf wurde geheilt, auch eine Fistel, die zuerst bestanden hatte, ist jetzt geschlossen. Vorher hatte 15 Monate lang Aphonie bestanden.

de Havilland Hall, Horne und Barwell betonen die in solchen Fällen durch Sanatoriumbehandlung und Schweigecur erzielten glänzenden Erfolge.

Tilley und Hill führen Fälle von Thyreotomie bei Kehlkopftuberculose an.

Pegler: Fall von Stimmbandtumor.

Man stimmt darin überein, dass es sich um ein ödematöses Fibrom handelt.

St. Clair Thomson: Ausgedehnte Kehlkopftuberculose bei einer 40jährigen Frau, völlig vernarbt nach Galvanokaustik und Tracheotomie.

Potter: Tumor aus dem Nasenrachen eines 11jährigen Mädchens 15 Wochen nach Operation von adenoiden Wucherungen entfernt.

Abercrombie: Weitere Bemerkungen zu einem Fall von ausgedehnter Zellgewebsentzündung auf der rechten Halsseite (vorgestellt Januar und Februar 1907).

Es stellte sich heraus, dass die Epiglottis carcinomatös erkrankt war; die rechte Hälfte wurde entfernt.

De Santi meint, es handle sich um eine septische Infection der secundär nach maligner Erkrankung der Epiglottis carcinomatös infiltrirten Halsdrüsen.

Peters: Functionelle Parese des Gaumensegels und der Stimmbänder bei einer 23jährigen Frau.

Es bestand Tachycardie und Struma. Bei der Phonation trat keine Annäherung der Stimmlippen ein und das Gaumensegel bewegte sich nicht.

Frederic Spicer: Kehlkopferkrankung bei einem 40jährigen Mann.

Diagnose schwankt zwischen Syphilis und Tuberculose.

Scanes Spicer: Kehlkopferkrankung bei einem 28jährigen Mann (Fall zur Diagnose).

Clayton Fox: Anosmie, Trockenheit und Borkenbildung in der Nase bei einer 30jährigen Frau.

St. Clair Thomson: Resultate der doppelseitigen Stirnhöhlenoperation.

Vergleich zwischen der Killian'schen Operation und der Ogston-Luc'schen.

Jobson Horne: Fall von symmetrischer Neubildung an den Stimmbändern.

Seit der Kindheit besteht bei der 27jährigen Frau Heiserkeit. Von einem anderen Operateur war ein Tumor vom hinteren Drittel der linken Stimmlippe entfernt worden. Eine ähnliche Geschwulst sass auf dem entsprechenden Theil der rechten Stimmlippe.

Jobson Horne: Diffuse gummöse Infiltration der linken Nasenhälfte.

Rasche Besserung unter Hg.

Tilley: Fall von Nasensyphilis.

Acute septische Infection, die zu einer syphilitischen Affection hinzukommt.

Sitzung vom 6. December 1907.

Vorsitzender J. B. Ball.

Bericht der Geschwulstcommission.

Alexander Tweedie: Pulsirende Geschwulst der mittleren Muschel (November 1907).

Adenom; ein Theil der Geschwulst zeigt actives Wachsthum, ein Theil weist ausgesprochene Dilatation der Acini auf.

Potter: Fall von Atresie des Nasenrachens.

Es handelt sich um eine Narbenstenose; es wird die Frage der Operation erörtert.

Tilley: Narbenband im Kehlkopf.

Das Narbenband befand sich in der Gegend des linken Taschenbandes. Es handelte sich um tertiäre Syphilis.



Arthur Evans: Präparat von Kehlkopflepra.

Ausgesprochene Atresie des Vestibulum laryngis.

Tilley: Congestion des rechten Stimmbandes.

Sir Felix Semon sagt, dass Fälle von einseitiger chronischer Laryngitis sich gelegentlich ohne Zusammenhang mit Syphilis, Tuberculose oder Neubildung vorfinden.

Barwell: Symmetrische Knoten an den Stimmbändern eines 9jährigen Knaben.

Seit 2 Monaten Heiserkeit.

Tilley berichtet über einen ähnlichen Fall bei einem 11 jährigen Knaben.

Clayton Fox vermuthet, dass diese jugendlichen Fälle auf das Vorhandensein von Resten der in der vorderen Commissur während des Embryonallebens vorhandenen Falte zurüchzuführen sei.

Sir Felix Semon hält diese Annahme für möglicherweise zutreffend. Einseitige Knötchenbildung im Kindesalter sei nicht ungewöhnlich und verschwinde in vielen Fällen während der Pubertät.

Lawrence Jones: Gummi des Kehlkopfs.

Es war unter Anwendung von Jodkali Erweichung des Gummis eingetreten; unter Injectionen von Hydrarg. benzoic. trat Besserung ein. Die Fluctuation verschwand im Laufe von 7 Tagen.

Stuart Low sah eine Heilung eines Gummis eintreten unter Anwendung von Antistreptokokkenserum.

Arthur Hutchinson: Doppelseitiges Sarkom des Oberkiefers.

15jähriger Knabe, bei dem seit 3 Jahren Nasenverstopfung besteht mit Deformation des Gesichts. In den letzten 2 Jahren hat sich der Zustand nur sehr wenig geändert. Es besteht eine bilaterale symmetrische harte Schwellung der Fossa canicae, Vereiterung des Alveolarfortsatzes und Depression der rechten Gaumenseite. Die Nebenhöhlen sind völlig verstopft und es ist eine mucopurulente Absonderung vorhanden. Durchleuchtung giebt Verdunkelung. Pathologische Diagnose: Spindelzellensarkom.

De Santi betrachtet den Fall, trotz der im Schnitt gefundenen sarkomatösen Elemente, für ein diffuses Osteom.

Jobson Horne spricht über unsere verhältnissmässig lückenhafte Kenntnisse betreffs der mikroskopischen Diagnose des Sarkoms.

Er hält den vorliegenden Fall für keinen malignen. Er verweist auf einen ähnlichen im St. Thomas-Hospiial befindlichen Schädel. Möglicherweise spiele eine intranasale Infection eine ätiologische Rolle.

Scanes Spicer verhält sich gleichfalls skeptisch gegenüber der Diagnose Sarkom. Viele Fälle verlaufen günstig nach verhältnissmässig kleineren Operationen.

Smurthwaite hat einen ähnlichen, jedoch einseitigeu Fall bei einem Kinde gesehen. Er glaubt, dass es sich hier um eine Leontiasis ossium handle.

Whitehead hat einen gleichen Fall bei einem 11jährigen Kinde beobachtet. Die Geschwülste wüchsen nur proportional dem Wachsthum des Gesichts.

Watson Williams: Fall von Kehlkopfgeschwür (zur Diagnose).

Horsford: 1. Fibrom des Stimmbandes.

2. Neues Instrument zur Erleichterung der intralaryngealen Operationen.

Ein Nadelhalter, mittels dessen ein Faden durch die Epiglottis gezogen wird, um diese aus dem Gesichtsfeld zu räumen.

Chichele Nourse: Doppelseitige Stirnhöhleneiterung nach der Operation.

Gutes Resultat nach der Ogston-Luc'schen Operation.

Parker und Pegler: Zwei Fälle von blutenden Septumpolypen.

In beiden Fällen gingen die Symptome der Rhinitis sicca dem Auftreten der Geschwulst voraus; in dem einen bestand eine Deformation. In beiden Fällen sass die Geschwulst am Locus Kiesselbach.

Pegler: Adenom des Stimmbandes.

Dundas Grant: 1. Epitheliom der linken Tonsille, der Gaumenbögen und der Uvula.

Es wird die Frage der Operation erörtert.

2. Chronische Oberkieferhöhleneiterung durch Operation vom unteren Nasengang behandelt.

Eröffnung mit Onodi's Instrument. Gutes Resultat.

Watson Williams spricht zu Gunsten der Operation von aussen.

Parker bevorzugt die intranasale Methode mit gutem Erfolge.

St. Clair Thompson spricht über die Vorzüge der Operation von aussen, besonders dass diese einen leichten Zugang zum Siebbein gestatte.

Ball fand bei der Operation eines vorher intranasal operirten Falles ein nekrotisches Knochenstück in der Höhle, das wahrscheinlich bei der vorhergehenden Operation hineingefallen war.

E. B. Waggett.

---

f) Société Parisienne de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.

Sitzung vom 10. Januar 1908.

Vorsitzender: Mounier.

Cornet: Ueber die Möglichkeit der Bedeutung von Autointoxicationen, speciell der gastrointestinalen Autointoxication für die Aetiologie von gewissen Ohren-, Nasen- und Halsaffectionen.

C. hat häufig bei chronischen congestiven Zuständen der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut gastrointestinale Autointoxicationen angetroffen und dadurch, dass er diese zum Verschwinden brachte, auch jene geheilt.



Cauzard erinnert daran, dass Jacquet Fälle mitgeteilt hat, wo eine Hydrorrhoea nasalis durch Diät zum Verschwinden gebracht wurde.

Mounier hat bereits in einer früheren Arbeit auf den Zusammenhang zwischen Autointoxication und Coryza hingewiesen.

Glover: Rechtsseitige Recurrenslähmung; Aneurysma des horizontalen Teiles des Aortenbogens.

Den plötzlichen Tod, der ohne Zerreissung des Aneurysmas eintrat, erklärt G. durch Veränderungen im N. phrenicus.

Guisez: Anwendung des Chloräthyls in sehr kleinen und fractionirten Dosen mittelst des Decolland'schen Apparates.

G. benutzt den Apparat seit einem Jahre zu grosser Zufriedenheit.

Mahu hält den Apparat für die Zwecke des Laryngologen für zu umständlich und empfiehlt die Maske von Camus.

Colimet: Sporotrichose des Kehlkopfes.

Es handelt sich um einen bereits von Beuermann, Brodier und Gaston in der Société médicale des hôpitaux vorgestellten Fall, in dem sehr reichliche Wucherungen auf der Epiglottis, den Aryknorpeln, den ary-epiglottischen Falten, den Taschenbändern vorhanden waren. Unter Jodbehandlung gingen die Wucherungen allmählich zurück.

Lombard: Grosses Osteom des Siebbeins auf para-nasalem Wege entfernt.

19 jähriger Mann. Erscheinungen linksseitigen Stirnhöhlenempyems mit Fistelbildung im inneren Augenwinkel. Völlige Nasenverstopfung, allmählich zunehmende Deformation des Gesichts. Es wurde eine Incision von der Mitte der Augenbraue bis zum Nasenflügel gemacht, ein Lappen gebildet, die Apertura pyriformis erweitert und die Oberkieferhöhle eröffnet, der Tumor, der gestielt dem Siebbein aufsass, entfernt. Heilung.

Perez: Bakterioskopie, Aetiologie und Prophylaxe der Ozaena.

Verf. hat einen Coccobacillus isolirt, der, in die Ohrvene von Kaninchen inoculirt, Anlass zu Schnupfen mit allmählicher Atrophie der Muscheln giebt. Dieser Bacillus existirt nur beim Hunde. P. führt 35 Fälle an von Uebertragung der Ozaena vom Hund auf den Menschen. A. Cartaz.

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Prof. Kümmel hat die Leitung der Heidelberger laryngologischen Klinik, welche der dortigen otologischen Klinik angegliedert worden ist, übernommen.

Generalarzt Dr. Landgraf, unser verehrter früherer Mitarbeiter, hat den Preussischen Kronenorden zweiter Klasse erhalten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, März. 1909. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **M. Grossmann. Leopold Schrötter Ritter von Kristelli.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 5. 1908.*

Nachruf auf v. Schrötter.

HECHT.

2) **A. Passow** (Berlin). **Otologie und Laryngologie.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 250. 1908.*

In diesem Vortrage, der bereits in den Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft 1908, S. 19 erschienen ist, spricht P. für die Vereinigung der beiden Specialfächer.

OPPIKOFER.

3) **Trétrôp** (Antwerpen). **Die Bekämpfung des Charlatanismus auf oto-rhino-laryngologischem Gebiete. (La répression du charlatanisme en matière d'oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 2. 1908.*

An den auf dem internationalen Congress von Bordeaux anno 1904 gestellten und angenommenen Antrag erinnernd, schlägt der Autor mit Hinweis auf die bekannten auf Täuschung der Tauben berechneten Kniffe vor, dass man von jetzt an in jeder wissenschaftlichen Gesellschaft, belgischen, französischen, österreichischen. holländischen, deutschen, italienischen etc. eine permanente Commission einsetze als „Internationale Commission zur Bekämpfung des Charlatanismus", mit der Aufgabe, die besten Mittel und Wege für diesen Kampf zu studiren, und derselben die nöthige Macht und Credit zu gewähren, um nicht auf blosse Wünsche angewiesen zu sein, sondern practisch diese realisiren zu können.

PARMENTIER.

4) **H. P. Mosher. Tuberculose der Nase, der Mundhöhle und des Rachens. (Tuberculosis of the nose, mouth and pharynx.)** *N. Y. Medical Record. 3. October 1908.*

Die Arbeit ist nach einem auf dem Internationalen Tuberculosecongress Washington (21. Sept. bis 12. Oct. 1908) gehaltenen Referat angefertigt. Verf. bespricht ausführlich das Symptomenbild, die Diagnose, besonders auch die Differentialdiagnose gegenüber der Syphilis.

LEFFERTS.

5) **Hennebert. Schwere Ohr- und Halscomplicationen im Verlaufe eines Scharlachs. (Complications otiques et pharyngées graves au cours d'une scarlatine.)** *La Presse méd. belge. No. 44. 1908.*

In der medico-chir. Gesellschaft von Brabant berichtet H. über einen 7jähr. Knaben, bei welchem als Complication zu schweren anderen Erscheinungen von Seiten des Schläfen-Warzenfortsatzes und Felsenbeins ein Retropharyngealabscess auf der dem erkrankten Ohr entgegengesetzten Seite mit hoher Temperatursteigerung bis zu 41° auftrat, die nach Eröffnung des Abscesses sofort wieder fiel und den Verlauf der Affection nicht weiter beeinflusste.

BAYER.

6) **Gandier** (Lille). **Ueber die Bier'sche Methode in der Oto-Rhino-Laryngologie. (De la méthode de Bier en oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 5. 1908.*

Das Resultat dieser auf persönlichen Beobachtungen beruhenden Studie ist für die Bier'sche Methode günstig. G. rühmt deren schmerzstillende und umstimmende Eigenschaften bei Larynxtuberculose, acuten Amygdalitiden und solchen mit Abscessbildung, bei gewöhnlichem Schnupfen, desgleichen bei der Ohrfurunkulose.

Ihr Einfluss kommt weniger zur Geltung bei den acuten Sinusitiden, den acuten Otitiden und Mastoiditiden. Nach seinem Dafürhalten ist mit Ausnahme gewisser specieller Fälle die Hyperämie mit elastischem Bande dem Gebrauch des mehr entleerenden als hyperämisirenden Saugapparates vorzuziehen.

PARMENTIER.

7) **Mahu** (Paris). **Anwendung des selbsthaltenden Zungenspatels in der Laryngologie. (Emploi de l'abaisse-langue autostatique en Laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 6. 1908.*

Dieser Apparat verspricht in vielen Fällen unserer Specialität gute Dienste zu leisten, da wo der Ausfall der linken Hand, die den Zungenspatel zu halten hat, sich dem Operateur am meisten bemerklich macht. Der Apparat ist die Combination eines Zungenspatels mit einem Mundsperrer nach Art des von Doyen. Derselbe ist wenig complicirt, stark und bleibt gut sitzen.

PARMENTIER.

8) **A. v. Gyergyai** (Kolozsvár, Ungarn). **Die directe Bronchoskopie und Oesophagoskopie mit besonderer Rücksicht auf die in die Speiseröhre und oberen Luftwege gelangten Fremdkörper.** *Orvosi Hetilap. No. 49. 1908.*

Folgende Fälle werden mitgetheilt: Entfernung eines Geldstückes von Dreimarkstückgrösse aus dem Eingange der Speiseröhre eines 7 Jahre alten Mädchens in der Chloroformnarkose. Entfernung eines künstlichen Gebisses aus der Speiseröhre, 19 cm weit von der oberen Zahnreihe. Entfernung eines Theiles einer Hammelrippe, welche 22 cm tief in der Speiseröhre eingekeilt lag. Ein Geflügelwirbel ist aus dem Eingange der Speiseröhre extrahirt worden. In 4 Fällen von Oesophagusstrictur nach KHO-Vergiftung sind Fleischstücke aus der Tiefe zwischen 20—40 cm entfernt worden. Zum Schlusse hat Verf. einen Fremdkörper aus der Luftröhre entfernt: ein 6 Jahre altes Mädchen hat einen Kürbiskern aspirirt, nach Einführung

des 5 mm weiten Rohres packte v. G. den Kern und zog ihn gleichzeitig mit der Röhre zurück. v. NAVRATIL-POLYAK.

9) **T. H. Halstead. Die Anwendung des Bronchoskops, Oesophagoskops und Gastroskops. (The use of the bronchoscope, oesophagoscope and gastroscope.)** *N. Y. Medical Journal. 15. August 1908.*

Verf. berichtet über die Anwendung der direkten Untersuchungsmethoden in 14 Fällen. Er rühmt die Nützlichkeit der Methode nicht nur für die Entdeckung von Fremdkörpern, sondern auch für Diagnose und Behandlung sonstiger Erkrankungen der Trachea, Bronchien und des Oesophagus. Mittels der Gastroskopie ist es möglich, zwei Drittel bis drei Viertel der Magenwandung, in vielen Fällen auch den Pylorus zu besichtigen, letzteren zu sondiren, Ulcerationen local zu behandeln, Probestücke von Geschwülsten zu entnehmen etc. LEFFERTS.

10) **De Witt Shettin. Die moderne Anwendung der allgemeinen Anästhesie in der Chirurgie der Mundhöhle, Nase und des Pharynx. (The modern administration of general anaesthesia in mouth, nose and pharynx surgery.)** *N. Y. Medical Record. 18. Juli 1908.*

Verf. bespricht den Werth und die Technik der peroralen und der nasalen Tubage des Pharynx und der Kehlkopfintubation für die allgemeine Narkose.

LEFFERTS.

11) **Du Bois** (Genève). **Zwei neue Fälle von durch Röntgenstrahlen geheiltem Lupus tuberculosus. (Deux cas de lupus tuberculeux du nez, guéris par les rayons X.)** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 14. 1908.*

Frühere Fälle zeigten nach der Behandlung störende Telangiektasien. Nun wurden Strahlen von eindringenderer härterer Qualität No. 5 und 6 des Radiochronometers nur alle acht Tage angewandt, worauf bei einem Mann mit starkem Lupus der Nasenspitze und bei einer ähnlich erkrankten jungen Dame ohne jegliche Telangiektasie dauerhafte Heilungen mit weichen schönen Narben erzielt wurden. Beide Patienten stammen aus tuberculösen Familien. Im ersten Falle wurde in 18 Monaten und 30 Sitzungen zu 3 H. 93 H., bei letzterer in 38 Sitzungen zu 3 H. 117 H. verbraucht.

Verf. schliesst, dass die Behandlung mit Röntgenstrahlen neben, wenn nicht über Finsen zu stellen sei. Finsen hält er für besser geeignet bei stark lupösen Flächen, die für einen wirksamen Druck resistent genug sind, während er Röntgen bei sich rasch entwickelnden kleinen Lupusformen vorzieht und kleinere aber häufigere Dosen giebt. JONQUIÈRE.

12) **L. Grünwald** (Bad Reichenhall-München). **Watte- und Gazekästchen für den Sprechzimmergebrauch.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 49. 1907.*

Das in der Arbeit abgebildete Kästchen dient mit seinen vier getrennten Räumen zur Aufnahme der seiner Zeit von S. angegebenen Schachteln mit Penghawar Djambi zur Blutstillung sowie Vioformgazestreifen. Die beiden oberen Fächer münden vorne in je einen, durch eine aufstellbare lange Klappe verschlossenen

Schlitz und enthalten eine mit randgewebten Gazestreifen von 2,8 cm Breite und 10 m Länge belegte Papierrolle, sowie eine ebensolche mit je 5 cm breiten, kurzen Wattestreifen versehene.

Das Kästchen ist von der Firma Hermann Katsch, München ohne Füllung für 18 M., mit Füllnng für 20 M. zu beziehen. HECHT.

13) **P. Zanotti. Ein neuer aseptischer, auseinanderzunehmender Insufflator für Kehlkopf, Nase, Nasenrachen und Mundhöhle. (Un nueve insufflatore asettico scomponibile per la laringe, il naso, la cavità nasofaringea e la cavità boccale.)** *Arch. Ital. d. Otologia, Rinologia e Laringologia. VI. 1908.*

Beschreibung des von Eiselt in Gablonz angegebenen Pulverbläsers, der von Franz Ulrich (Kukau, Böhmen) fabricirt wird und über den in der Prager med. Wochenschrift, No. 10, 1908, eine Mittheilung steht. FINDER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Hugo Löwy** (Karlsbad). **Zur Behandlung des acuten Schnupfens.** *Mit 1 Abb. Münch med. Wochenschr. No. 29. 1908.*

L. empfiehlt Protargolbehandlung und zwar täglich ein bis mehrmals Application von stark mit 10 proc. Lösung imbibirten Wattetampons in die Gegend des vorderen Theiles der mittleren Muschel; nach einigen Minuten werden die Tampons wieder entfernt. Gleichzeitig lässt Autor Inhalationen von Menthol und Campher (4:2) mehrmals täglich 5—10 Minuten durch die Nase vornehmen. Die vom Verf. gewählte einfache Inhalationsmethode wird genau beschrieben und anschliessend entsprechende Allgemeinbehandlung und Prophylaxe erörtert. HECHT.

15) **Chr. Schmidt** (Chur). **Zur Therapie der acuten Katarrhe der Nase und des Rachens.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Empfehlung des von der Gesellschaft „Wolo" in Zürich hergestellten „Coryzol", einer Combination von Ol. Eukalypti mit einem Formalinpräparat. Von dieser Emulsion werden 15—20 Tropfen auf das Taschentuch gesprengt und tief durch die Nase inhalirt. Die Wirkung ist prompt; der Schnupfen wird, wenn auch nicht immer coupirt, so doch bedeutend abgekürzt und wesentlich erleichtert.

HECHT.

16) **F. Stirnimann** (Luzern). **Zur Behandlung des acuten Schnupfens. Bemerkung zur Arbeit von Dr. Löwy in der Münch. med. Wochenschr. No. 29.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Dem Autor gelang es stets bei 2stündiger 4—5maliger Inhalation von 3—4 in der Hohlhand verriebenen Lysoformtropfen seine Coryza zu coupiren. Die Wirkung beruht auf dem aus dem Lysoform sich entwickelnden Formalin. Das Verfahren ist zwar etwas schmerzhaft, dadurch, dass im Momente der Einwirkung der Formalindämpfe ein stark brennender Schmerz entsteht, dem sich eine abundante Secretion der Nase und Pharynx anschliesst, ist aber in seiner Wirkung ausgezeichnet. Es empfiehlt sich als Abortivkur für die Umgebung von Säuglingen, für die der grippale Schnupfen eine ernste Gefahr bedeutet, sowohl in bezug auf

Complicationen, als besonders auf die Ernährung, insbesondere für Kinderärzte. Irgend welche schädlichen Nebenwirkungen wurden nie beobachtet. HECHT.

17) **P. Hybord. Ueber den Schnupfen beim Neugeborenen. (Contribution à l'étude du coryza chez le nouveau-né.)** *Dissert. Paris 1907.*

Unter Beifügen von zahlreichen Krankengeschichten bespricht H. die verschiedenen Formen und den verschiedenartigen Verlauf der Rhinitis beim Neugeborenen. Die Arbeit bringt nichts wesentlich Neues. OPPIKOFER.

18) **Hartscheff. Ueber Ozaena; Aetiologie, Bakteriologie. (De l'ozène; étiologie, bactériologie.)** *Thèse de Toulouse. 1907.*

Nichts Neues. BRINDEL.

19) **Joseph C. Beck. Atrophische Rhinitis; Aetiologie und Behandlung. (Atrophic rhinitis; etiology and treatment.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Verf. schliesst, dass man zwar häufig atrophische Rhinitis bei Sinuserkrankungen findet, dass diese aber nicht die Ursache jener sein kann, da man Sinusaffectionen auch so oft bei Hypertrophie der Schleimhaut findet. Die günstigen Resultate der Localbehandlung (Bier'sche Stauung, Paraffininjectionen, Massage etc.) beruhen auf der Erzeugung einer Hyperämie und Leukocytose und dadurch bedingte Umstimmung der Gewebe, möglicherweise auch in einer Restitution der Drüsen, der normalen Schleimhaut und selbst erectilen Gewebes.

EMIL MAYER.

20) **W. A. Weightman. Massage der unteren Muscheln bei atrophischer Rhinitis. (Massage of inferior turbinates in atrophic rhinitis.)** *The Postgraduate. August 1907.*

Verf. berichtet 4 Fälle. Die Patienten wurden angewiesen, dreimal am Tage die Nase gründlich mittels eines Sprays von Dobell'scher Lösung zu reinigen und mindestens eine halbe Stunde nach dem Gebrauch noch zu Hause bleiben. Die unteren Muscheln wurden zweimal wöchentlich mit einem an einer Sonde befestigten und in der Lösung getränkten Wattebausch massirt. Erhebliche Besserung im Laufe eines Monats. Die Schleimhaut näherte sich dem normalen Aussehen, das Riechvermögen kehrte zurück. Kleine innerlich gegebene Dosen von Jodkali scheinen die Behandlung zu unterstützen. EMIL MAYER.

21) **Caboche. Die Ozaena eine larvirte Form der Tuberculose. (L'ozène forme larvée de la tuberculose.)** *Annales des mal. de l'oreille. September 1907.*

Die Beziehungen zwischen Ozaena und Tuberculose sind lange bekannt; man nimmt an, dass durch die Ozaena das Entstehen der Tuberculose begünstigt wird. C. geht weiter und nimmt an, dass die Ozaena selbst eine Tuberculose sei. Unter 39 Ozaenakranken hatten 16 tuberculöse Antecedentien. Versuche, durch Ueberimpfung von Fragmenten ozaenakranker unterer Muscheln auf Thiere Tuberculose zu erzeugen, fielen negativ aus. BRINDEL.

22) Clement F. Theisen. **Eine Betrachtung über die Herdtheorie als eines ätiologischen Factors bei Ozaena. (A consideration of the „Herd" theory as an etiological factor in ozaena.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Verf. sieht in der Herdtheorie die beste Erklärung für einen grossen Procentsatz der Fälle. Für die Herstammung des oft massenhaften Secretes lässt sich keine genügende Quelle angeben; denn in ausgesprochenen Fällen von Atrophie sind die Drüsen zu Grunde gegangen. EMIL MAYER.

23) Robert C. Myles. **Die Behandlung der atrophischen Rhinitis, einschliesslich der Ozaena. (The treatment of atrophic rhinitis including ozaena.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Verf. hält für die Ursache der Erkrankung eine Infection, die nur vor dem Pubertätsalter auf der Schleimhaut einen geeigneten Boden findet. Die Patienten sollen vor allen Dingen angehalten werden, das Secret zu entfernen, bevor es zur Borkenbildung kommt. Bei nachweisbaren Sinuserkrankungen sollen diese operirt werden. EMIL MAYER.

24) George L. Richards. **Die Behandlung der atrophischen Rhinitis. (The treatment of atrophic rhinitis.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Es soll in jedem Fall nach sorgfältiger Reinigung der Nasenschleimhaut von anhaftenden Borken und Secret auf etwa bestehende Nebenhöhlenerkrankungen gefahndet werden. Verf. hat solche nur selten bei atrophischer Rhinitis angetroffen. Es wird Ichthyol oder Jod oder eine milde Silberlösung local applicirt. Der Patient spült sich täglich mehrere Male die Nase mit einer schwachen alkalischen Lösung aus. Innerlich werden Tonica gegeben. Unter dieser Behandlung hört die Borkenbildung auf und der Patient fühlt sich viel wohler. LEFFERTS.

25) Clarence C. Rice. **Atrophische Rhinitis und Ozaena. (Atrophic rhinitis and ozaena.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Es ist sehr wahrscheinlich, dass die erregende Ursache ein Mikroorganismus ist; als prädisponirend kommen Heredität und eine angeborene Schwäche der Schleimhaut in Betracht. Zu den zahlreichen Störungen, die zur Entstehung einer atrophischen Rhinitis beitragen, ist in erster Linie eine doppelseitige Sinusitis mit Influenza zu rechnen. Dazu kommen ferner ungünstige hygienische Lebensbedingungen. EMIL MAYER.

26) D. Braden Kyle. **Die Pathologie der atrophischen Rhinitis und Ozaena. (The pathology of atrophic rhinitis with ozaena.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Es giebt sowohl für die Atrophie der Schleimhaut, wie für den Fötor keinen einheitlichen ätiologischen Factor. Es kann primär oder secundär zu der Atrophie eine Sinuserkrankung sich hinzugesellen, es kann ein atrophischer Zustand auf eine einfache chronische Entzündung folgen, es kann sich um eine Folge von mangelhafter Ernährung aus anderen Ursachen oder schliesslich um wirklichen atrophischen Zustand handeln. Verf. erkennt keine specifischen Bacterien für die Erkrankung an. EMIL MAYER.

27) **Lautmann** (Paris). **Ist die gemeine Ozaena eine Infectionskrankheit?** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 421. 1908.*

L. bezweifelt, dass der von Perez gefundene „Coccobacillus foetidus ozaenae" Ursache der Ozaena sei. Nach der Beschreibung, die Perez selbst über seinen Bacillus giebt, besteht nach L. kein wesentlicher Unterschied (im Culturverhalten, in den Wachsthumsbedingungen, in der Färbbarkeit nach Gram) zwischen dem Perez'schen Coccobacillus und dem Abel'schen Bacillus, der ja heute nicht mehr als Erreger der Ozaena angesehen wird. Auch ist es sehr merkwürdig, dass der Coccobacillus von Perez, in die Ohrvene des Kaninchens injicirt, sich einzig und allein auf die Schleimhaut der Nase und sogar speciell auf die untere Muschel localisirt, wenigstens ist in der ganzen Bakteriologie kein einziger Mikrobe bekannt, der ein solches elektives Vermögen besitzen würde. Wenn Perez häufig Ozaena in ein und derselben Familie findet, so ist damit noch nicht erwiesen, dass eine Infection vorliegt.

OPPIKOFER.

28) **M. Steiner** (Budapest). **Die Entwicklung der Lehre von der Ozaena.** *Orvosi Hetilap. No. 34. 1908.*

Verf. berichtet über die Untersuchung von 34 Fällen, welche er auf der v. Navratil'schen Klinik ausführte. Er fand, dass die Ozaena vorwiegend bei Frauen vorkommt und in 53 pCt. der Fälle schwere und charakteristische Veränderungen des Gesichtstypus vorhanden sind. Die Atrophie der mittleren Muscheln ist kein charakteristisches Symptom, dagegen ist die Atrophie der unteren Muscheln sehr häufig. In 12 Fällen war bei den Kranken oder ihren nächsten Angehörigen Tuberculose, Lues und Skrophulose nachweisbar. Nebenhöhleneiterung war 5 mal vorhanden. Verf. unterscheidet 4 Formen der Ozaena: 1. Die Fränkel'sche Form, welche wahrscheinlich congenital ist, 2. die rein mechanisch entstandene Form in Folge von Druck oder Dilatation, 3. Die Grünwald'sche Form in Folge von Nebenhöhlen- oder Herdeiterungen, 4. zu letzteren gehört die durch luetische Knochenprocesse verursachte Form.

v. NAVRATIL-POLYAK.

29) **L. Wolff** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Beziehung der Rhinitis chron. atroph. zur Diphtherie. Versuch der therapeutischen Verwerthbarkeit der Pyocyanase bei Ozaena.** *Med. Klinik. 33. 1908.*

Bei dem auffallend häufigen Vorkommen echter Diphtheriebacillen bei der genuinen Ozaena glaubte W. einen Versuch mit Pyocyanase zur Behandlung der Ozaena machen zu sollen, umsomehr als dieses Mittel nicht nur Diphtheriebacillen, sondern alle möglichen anderen Bacillen und Kokken (deren Reichthum in der Ozaenanase sehr gross ist) zu vernichten imstande ist. Es ergab sich, dass zwar eine Besserung der Ozaena während der Pyocyanasebehandlung zu erzielen war, dass aber die Diphtheriebacillen in jenen Fällen, wo sie vorher nachweisbar waren, auch nach der Anwendung nicht verschwanden.

SEIFERT.

30) **F. A. Rose. Membranöse Rhinitis. (Membraneous rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 8. Februar 1908.*

Verf. meint, Kinder mit membranöser Rhinitis müssen isolirt werden, wie wenn es sich um wahre Diphtherie handle und müssen Antitoxininjectionen erhalten.

Gewaltsame Entfernung der Membranen ist zu widerrathen. Obwohl es sich um eine milde Form der Diphtherie handle und die Affection als solche zu behandeln sei, könne durch Uebertragung auf andere Personen keine schwere Diphtherie, sondern nur eine gleiche Rhinitis oder eine Angina mit kleinen Exsudatflecken entstehen.

LEFFERTS.

31) Le Cousse. **Die hypertrophische Coryza; ihre Behandlung. (Le coryza hypertrophique; son traitement.)** *Thèse de Bordeaux. 1908.*

Als gebräuchlichste Behandlungsmethode wird die Conchotomie angeführt.

BRINDEL.

32) Thooris. **Beobachtung eines Todesfalls nach Cauterisation der unteren Muscheln. (Observation d'un cas de mort consécutif à une cauterisation des cornets inférieurs.)** *Rev. hebd. de laryng. No. 2. 11. Januar 1908.*

Am 18. Tage nach der Cauterisation trat eine Blutung aus der unteren Muschel auf. Wiederholte Tamponade der Nasenhöhlen verhinderte nicht das Auftreten neuer Blutungen; zwei Tage später erfolgte der Exitus.

BRINDEL.

33) C. P. Linhard. **Eine submucöse Operation zur Verkleinerung hypertrophischer Muscheln. (A submucous operation for the reduction of hypertrophied turbinals.)** *The Laryngoscope. Februar 1908.*

Die Operation, deren Technik genau beschrieben wird, beruht darauf, dass durch submucöse Durchtrennung der erweiterten venösen Räume und infolge nachfolgender Adhäsionen zwischen Muschelknochen und dem Gewebe eine Schrumpfung des letzteren eintritt.

EMIL MAYER.

34) F. E. Neres. **Galvanische Muschelpunction bei Hypertrophie und Schwellungszuständen in der Nase. (Voltaic turbinal puncture for the relief of intumescent and hypertrophied rhinitis.)** *Journal of the American Medical Association. 26. October 1907.*

Die positive Elektrode wird am Arm des Patienten befestigt, am negativen Leitungsdraht ist eine dünne goldene Nadel befestigt, diese wird in das vordere Ende der Muschel eingestochen, dann wird der Rheostat eingeschaltet und nach circa 15 Secunden die Nadel allmählich bis zur gewünschten Länge in den Muschelkörper eingestochen; dann bleibt die Nadel 3 Minuten lang bei 3 Milliampère an dieser Stelle. Bevor die Nadel herausgezogen wird, stellt man den Rheostaten zurück.

EMIL MAYER.

35) Bresgen. **Die Elektrolyse mit langen Nadeln zur Behandlung der Verschwellung des Naseninnern.** *Halle a. S. 1908.*

B. berichtet, dass er, angeregt durch die Arbeiten von Kafemann und Kuttner über die Elektrolyse, dieses Verfahren bei Verschwellungen des Naseninnern mit Erfolg überall dort angewendet habe, wo ihm eine besonders schonende Behandlung geboten schien. Zu ganz befriedigenden Resultaten ist es erst gekommen, seit er besonders lange Nadeln mit einem ganz besonders leichten Kabel (erhältlich bei Pfau, Berlin) benützt. Die mittlere Muschel ist zur elektrolytischen Behandlung nicht recht geeignet. An der unteren Muschel steigert er den Strom

allmählich auf 20—25 Milliampère, lässt ihn 8—10 Minuten durch die Doppelnadel hindurchgehen, wechselt dann den Strom und lässt ihn nochmals in gleicher Höhe die gleiche Zeit über einwirken. — Diese Ausführungen gewinnen noch besonderes Interesse, wenn man damit die Angaben der Gynäkologen vergleicht, welche bei Dymenorrhoea nasalis die Elektrolyse als besonders wirksames und besonders tiefgehendes Heilmittel der Galvanokaustik gegenüber rühmen: um diese tiefgreifende Wirkung zu erzielen, lässt der eine 10 Milliampère einige Minuten lang wirken, der andere lässt sich sogar mit Stromstärken von $1^1/_2$—2 Milliampère begnügen. — Diese Angabe allein sollte genügen, um zu beweisen, dass der Effect, welchen unsere neuen Specialcollegen erreichen, nicht somatischer, sondern nur psychischer Natur sein kann. A. KUTTNER.

36) **Elemir von Tövölgyi** (Budapest). **Ein neues Operationsverfahren bei Hypertrophie der Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. p. 363.*

Eine besondere Handstellung, welche Verf. durch Beschreibung und Abbildung zu veranschaulichen sucht, ermöglicht es ihm, mit wenigen Schnitten der geraden Scheere in einfacher Weise jede Muschel abzutragen. F. KLEMPERER.

37) **James F. Leys. Rhinopharyngitis mutilans (destructive ulcerirende Rhinopharyngitis); ein Problem der Tropenpathologie. (Rhinopharyngitis mutilans [destructive ulcerous rhinopharyngitis]; a problem in tropical pathology.)** *N. Y. Medical Record. 16. März 1907.*

Verf. weist auf die Häufigkeit der Affection in gewissen Gegenden hin: in Guam 1—$1^1/_2$ pCt., im Dominicadistrict 3 pCt. bei manchen Völkerschaften, die ihm bekannt sind. Ein vereinzelter Fall der Art in Europa würde wahrscheinlich für Tuberculose oder tertiäre Syphilis gehalten werden. Die Krankheit scheint infectiöser Natur zu sein: sie scheint local, nicht constitutionell zu sein und zwar vermuthet Verf., dass sie eine Pilzkrankheit sei. Die serpiginöse und destruirende Geschwürsbildung des Nasenrachens ist gewöhnlich begrenzt und hat keinen Einfluss auf das Allgemeinbefinden.

Die Erkrankung beginnt in den Weichtheilen, geht später aber auch auf den Gaumenknochen und das Nasenseptum über und zerstört diese schliesslich ganz. In diesem Stadium macht die Krankheit gewöhnlich von selbst Halt; das Septum ist dann meist verloren gegangen, der Nasenboden eingesunken, Nase und Mundhöhle bilden eine grosse Höhle. Verf. glaubt nicht, dass die Krankheit eine Späterscheinung irgend einer constitutionellen Erkrankung sei. LEFFERTS.

38) **M. Mich. Wolf** (Würzburg). **Ueber seltene Localisation von Mycosis leptothricia (Nasenrachenraum).** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 512. 1907.*

Beschreibung eines Falles von Mycosis leptothricia des Nasenrachens (mit Abbildung). Die Behandlung mit Lugol'scher Lösung führte ebensowenig zur Heilung wie das Curettement des Nasenrachens.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

39) Francis R. Packard. **Ophthalmologische Symptome latenter Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen. Bericht einschlägiger Fälle. (Ophthalmological manifestations of latent diseases of the nose and its accessory sinuses. Report of illustrative cases.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Cfr. Verhandlungen der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Washington, Mai 1907.

EMIL MAYER.

40) Rodero. **Conjunctivitis nasalen Ursprungs. (Conjunctivitis de origen nasal.)** *Boletin del Colegio de médico de Couses. August 1907.*

Nichts Neues.

TAPIA.

41) Colman W. Cutler. **Beziehungen vom Auge zur Nase nebst einigen allgemeinen Betrachtungen. (Relations of eye to nose with certain general considerations.)** *N. Y. Medical Record. 17. August 1907.*

Die allgemeinen Betrachtungen beziehen sich im Wesentlichen darauf, dass in manchen Fällen den Patienten nicht durch die Behebung der Augen- resp. Nasensymptome fundamental geholfen ist, sondern dass die Neurasthenie, die oft diesen Beschwerden zu Grunde liegt, nach allgemein klinischen Grundsätzen behandelt werden muss.

LEFFERTS.

42) O. A. Griffin. **Augensymptome nasalen Ursprungs. (Ocular symptoms of nasal origin.)** *Journal of the Medical American Association. 9. November 1907.*

Verf. bespricht die mit Nasenleiden in Zusammenhang stehenden Augenerkrankungen und weist auf die Nothwendigkeit hin, jede Augenuntersuchung durch eine Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen zu ergänzen.

EMIL MAYER.

43) Richard H. Johnston. **Drei Jahre andauernder Exophthalmus durch Entfernung der mittleren Muschel geheilt. (Exophthalmos of three years' duration cured by removal of the middle turbinated body.)** *The Ophthalmic Record. Juli 1908.*

Die Krankengeschichte wies auf einen Zusammenhang mit der Nase hin. Immer wenn ein acuter Schnupfen entstand, war der Exophthalmus mehr ausgesprochen; mit dem Nachlassen der „Erkältung" kehrte das Auge zu seiner früheren Stellung zurück, die aber nie ganz normal war, wie die des anderen Auges. September 1907 acquirirte Pat. eine besonders schwere Erkältung; nach ihrem Aufhören nahm der Exophthalmus jedoch nicht ab, sondern wurde im Gegentheil stärker.

Verf. rieth zur Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel, um eine leichtere Drainage der Stirnhöhle zu ermöglichen. Nach der Abtragung entleerte sich ungefähr ein halber Theelöffel grünlichen, faulig riechenden Eiters. Der Exophthalmus nahm allmählich ab und nach 6 Wochen war das Auge völlig normal.

EMIL MAYER.

44) **Ziem** (Danzig). **Ueber die Bedeutung von Nasenkrankheiten bei sympathischer Ophthalmie.** *Med. Klinik. 18. 1908.*

Ausser einem schon früher (1888) mitgetheilten Falle von sympathischer Ophthalmie hat Z. noch zwei weitere beobachtet, in welchen die Behandlung von Nasenerkrankungen wesentliche Besserung (im ersten Falle Heilung) erzielte.

SEIFERT.

45) **Adam** (Berlin). **Ueber den Zusammenhang zwischen Auge und entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen.** *Med. Klinik. 48. 1908.*

Uebersichtsreferat.

SEIFERT.

46) **W. Koster** und **P. Th. L. Kan** (Leiden). **Eine neue Behandlungsweise einiger chronischer Krankheiten der Thränenwege. (Een nieuwe behandelingswyze van eenige chronische ziekten der traanwegen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 649. 1907.*

Die Methode bezweckt eine permanente Drainage durch den Thränennasenkanal mittelst eines doppelten Seidenfadens. Die Technik ist schwierig. Der Kanal wird vom Thränenpunkt aus sondirt und durch die Hohlsonde hindurch eine äusserst feine Kupferdrahtschlinge als Mandrin hindurchgeführt. Im unteren Nasengang wird dieselbe gefasst und ein Seidenfaden an demselben befestigt und der letztere sodann nach oben durch den Canal gezogen. Auf den Backen werden dann die beiden Enden des Fadens zusammengeknüpft. Der Faden bleibt wenigstens 3—4 Wochen liegen, bei alten Stenosen und Thränensackleiden noch länger; bei Dacryoblennorrhoe und Dacryocystitis so lange, bis alle Schleimabsonderung gänzlich aufgehört hat. Der Faden wird mittelst 3proc. Chlorkalilösung regelmässig gereinigt. Eine kleine Serie Krankengeschichten illustrirt die guten Resultate der neuen Methode.

H. BURGER.

47) **J. Fejér** (Budapest). **Fall von Erweiterung des Thränennasenganges.** *Orvosi Hetilap. No. 46. 1908.*

Pat. ist im Stande bei zugehaltener Nase Luft durch den linken Thränennasengang zu pressen; die Luft bricht durch den Thränencanal des unteren Lides mit pfeifendem Geräusch durch. In der Nase ist eine Verbiegung der Scheidewand nach rechts und ausserdem Hypertrophie der unteren Muscheln nachweisbar.

v. NAVRATIL-POLYAK.

48) **Onodi. Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Nasenrachens mit Augenleiden.** *Orvosi Hetilap. No. 20, 21, 22. 1908.*

Referat des Autors am Wiener internationalen laryngologischen Congresse April 1908.

v. NAVRATIL.

49) **A. Onodi** (Budapest). **Das Verhältniss der Naseunebenhöhlen zum Sehnerv und zu den Augennerven.** *Orvosi Hetilap. 1908. Beilage: „Szemészet“. No. 2—3.*

Vier neue Präparate, welche in Verf.'s Monographie nicht mitgetheilt sind, werden diesmal demonstrirt. Die Befunde dienen zur Bestätigung zu O.'s bereits bekannten Ansichten.

v. NAVRATIL-POLYAK.

50) **M. Paunz** (Budapest). **Die rhinogene Sehnervenentzündung.** *Orvosi Hetilap. 1908. Beilage: „Szemészet". No. 2—3.*

Sechs Fälle von Erkrankung der Sehnerven werden mit Nasenleiden in Zusammenhang gebracht. In vier Fällen handelte es sich um Eiterung des Siebbeins und der Keilbeinhöhle, in weiteren zwei Fällen wird als Ursache der Neuritis retrobulbaris einmal Schnupfen, einmal aber Hypertrophie der mittleren Muschel angegeben. In sämmtlichen Fällen ist operativ eingegriffen und zumindest sind die Siebbeinzellen eröffnet worden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

51) **S. Citelli. Retrobulbäre Neuritis optica infolge Keilbeinhöhlenempyem. (Nevrite ottica retro-bulbare per sinusite sfenoidale.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio etc. Februar 1908.*

Bei einer 35jährigen Frau trat, nachdem sie bereits seit 2 Jahren an linksseitigen Nebenhöhlensymptomen gelitten hatte, die von verschiedenen Aerzten als Erscheinungen von Syphilis betrachtet worden waren, völliger Verlust des Sehvermögens auf dem linken Auge ein, ohne dass am Bulbus irgend welche Veränderungen auffindbar waren. Die Eiterabsonderung aus der Nase und Kopfschmerzen dauerten an, auch hatte sich linksseitige totale Anosmie herausgebildet.

Als Verf. die Patientin vier Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome sah, constatirte er ein linksseitiges Keilbeinhöhlenempyem mit freien Knochensequestern in der Höhle, von denen der eine fast $2^1/_2$ cm lang war. Nach Abtragung der vorderen Wand, Entfernung der Granulationen, Pinselungen der Schleimhaut mit Jodjodkalilösung und Borsäureinsufflationen sistirte die Eitersecretion.

Die Untersuchung des linken Auges ergab totale Opticusatrophie.

FINDER.

52) **John W. Murphy. Sehstörungen, die eine causale Beziehung zu einer Erkrankung der Keilbeinhöhle zeigen. Nebst Bericht über einen Fall und Durchschnitten, die den Zusammenhang zwischen diesen Höhlen demonstriren. (Visual disturbances showing a causal relation to disease in the sphenoidal sinuses. With the report of a case together with sections demonstrating the relations existing between the cavities.)** *The Laryngoscope. November 1907.*

Es bestand eine ausgedehnte Nekrose des Siebbeins auf der rechten Seite. In der sicheren Erwartung eine Erkrankung der rechten Stirnhöhle zu finden, wurde diese eröffnet, jedoch vollkommen gesund befunden. Nach Abtragung der mittleren Muschel und Ausräumung des Siebbeins wurde die Highmorshöhle von der Fossa canina aus eröffnet und voller stinkenden Eiters und nekrotischen Knochens gefunden. Nun konnte auch die Keilbeinhöhle besichtigt werden; beim Versuch, ihre vordere Wand zu entfernen, stellte sich heraus, dass die ganze rechte Hälfte des Keilbeins nekrotisirt und beweglich war, was man durch Palpation vom Pharynx aus leicht constatiren konnte. Es wurden mehrere grosse Stücke des nekrotischen Knochens entfernt, jedoch aus Furcht, den Sinus cavernosus zu verletzen, nicht alles.

Der Geisteszustand, der vorher nicht normal gewesen war, besserte sich nach der Operation. Die Wunde der rechten Stirnhöhle heilte per primam; doch öffnete

sich der Patient nach drei Wochen durch constantes Reissen an der Narbe die Wunde wieder und die Stirnhöhle wurde inficirt. Gleichzeitig stellte sich Absonderung aus dem rechten Ohr ein. Es traten erschöpfende Diarrhoen, Bronchitis und schliesslich 5 Wochen nach der Operation der Exitus ein.

Bei der Section fand man Eiter in der Stirnhöhle, entzündlichen Zustand des Orbitalgewebes, Nekrose der rechten vorderen und hinteren Siebbeinzellen, der rechten Keilbeinhöhle und der linken hinteren Siebbeinzellen, Nekrose des Orbitalbodens und völlige Nekrose der hinteren und seitlichen Antrumwände. Von der Keilbeinhöhle waren nur noch Trümmer vorhanden. Es bestand eine directe Communication zwischen der rechten mittleren Schädelgrube und dem Pharynx. Das rechte Mittel- und Innenohr zeigte sero-purulente entzündliche Veränderungen. Die Dura war in der rechten mittleren Schädelgrube verdickt. Ueber der rechten Hirnhälfte bestand ausgesprochene Leptomeningitis.

EMIL MAYER.

53) **Christian R. Holmes. Die Beziehung der krankhaften Veränderungen in den Nebenhöhlen zu Augenkrankheiten. (The relation of pathological changes in the accessory nasal cavities to diseases of the eye.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Verf. bespricht das von der Nase ausgehende Erysipel, Tuberculose, Syphilis, die malignen Tumoren, die von den Nasennebenhöhlen aus auf die Orbita übergreifen und bei denen er übrigens jede Operation für hoffnungslos hält und in Zukunft als möglicherweise etwas aussichtsvoll nur die Belton Massey-Methode gebrauchen will, ferner die Nasenrachenfibrome, die bisweilen in die Sinus hineinwachsen und zur Entstehung einer citrigen Sinusitis Anlass geben.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

54) **Variot** und **Bonniot. Congenitaler Hemispasmus der Unterlippe. (Hémispasme congénital de la lèvre inférieure.)** *Progrès médical. 1908.*

Verf. demonstriren zwei kleine Kinder, die eine Abweichung der Unterlippe zeigen, das eine nach links, das andere nach rechts; die Erscheinung wurde besonders deutlich sichtbar, wenn man eine starke Contraction der Muskeln hervorrief, indem man z. B. die Kinder zum Weinen brachte. Es bestanden Modificationen in der elektrischen Erregbarkeit der rechten resp. linken Hälfte des M. orbicularis, im M. triangularis labiorum, im M. quadratus. Es handelte sich um keine Facialislähmung, sondern um eine congenitale Affection, um eine wirkliche Disharmonie in der Musculatur der Unterlippe.

A. CARTAZ.

55) **Dubot. Zwei Fälle von diffusem hypertrophischen Syphilom der Unterlippe, geheilt durch Injectionen mit grauem Oel. (Deux cas de syphilome hypertrophique diffus de la lèvre inférieure guéris par les injections d'huile grise.)** *Annales de la Policlinique Centrale de Bruxelles. No. 10. 1908.*

Der erste Fall betrifft einen 40jähr. Mann, der vor 13 Jahren sich syphilitisch inficirt hatte und bei dem die specifische Behandlung in den ersten Jahren sehr

vernachlässigt worden war; im 5. Jahre seines Leidens entwickelte sich ziemlich rasch eine so enorme Hypertrophie der Unterlippe, dass diese in ihrem Transversaldiameter und ihrer Dicke verfünffacht war und ein monströses Aussehen darbot. Die Zunge war ebenfalls voluminöser und befand sich im Zustande einer sklerösen Form tertiärer Glossitis, welche dem Kranken das Gefühl einer Zunge aus Holz gab; dieselbe war tief gespalten und in zwei Lappen getheilt, wie eine mit einem Faden eingeschnürte Wurst. Eine vom Autor eingeleitete intensive Behandlung mit Injectionen von grauem Oel (1. Cur mit 12, 2. Cur mit 6 Injectionen zwischen 14. Oct. 1907 und 6. August 1908) reducirte die Affection darart, dass die Lippe das gleiche Volumen wie vor der Krankheit hatte. An der Zunge sind nur noch einige harte Knoten zurückgeblieben und leukoplastische Stellen, welche D. ebenfalls zum Verschwinden zu bringen hofft.

Der zweite Fall betrifft einen Patienten, welcher seine Syphilis anno 1904 am Congo geholt hatte; die Proportionen dieser Unterlippenhypertrophie waren bedeutend geringer als im vorigen Fall. Die Zunge war beinahe verschont, aber am Gaumen befand sich ein diffuses hypertrophisches Syphilom, das diesen ganz ausfüllte. Patient hatte schon ohne Erfolg 300 Quecksilbereinreibungen bekommen bevor er zu D. kam. Eine intensive Behandlung mit Injectionen von grauem Oel in 5 Absätzen vom 6. Dec. 1905 bis 15. Oct. 1907 führte die vollständige Heilung herbei, die seit 3 Jahren anhält.

BAYER.

56) **J. Parassin** (Budapest). **Fall von schwerer Stomatitis gangraenosa toxica, entstanden nach der Wismuthpastebehandlung von Beck.** *Budapesti orvosi ujság. No. 48. 1908.*

Eine 46 Jahre alte Frau mit rechtsseitigem Pyothorax wurde zuerst der Thorakotomie unterworfen, drei Monate später wurde die Pleurahöhle mit 180 g Wismuthpaste ausgefüllt. Da die Paste sich mit dem Eiter allmählich entleerte, wurde in den nächsten 23 Tagen noch 180 + 60 + 20 + 20 Paste eingeführt, worauf vollständige Heilung erfolgte. Elf Tage nach der letzten Injection traten hohes Fieber und Halsschmerzen auf, vorläufig ohne objectiv nachweisbare Veränderungen. Zwei Tage später schwollen die submaxillären Drüsen stark an, der submentale Theil des Halses war bretthart infiltrirt, die Athemluft stank penetrant. Es entstand eine Stomatitis mit bläulich-grauer Verfärbung der Schleimhaut, später traten Geschwüre im Munde auf und eine geringe Besserung liess 10 Tage auf sich warten. Das weitere Schicksal des Patienten ist unbekannt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

57) **Gambon. Schanker am Scrotum und Zahnfleisch. (Chancres scrotal et gingival.)** *Lyon médical. 19. Januar 1908.*

Der Schanker der Mundhöhle sass an der Oberlippe im Niveau der mittleren oberen Schneidezähne und des rechten Dens caninus.

BRINDEL.

58) **Nielsen** (Kopenhagen). **Papule-erosive Syphilide in Mund und Schlund mit Nachweis von Spirochaeta pallida ungefähr 9 Jahre nach der Infection.** *Monatsschr. f. pract. Dermatol. 2. 1909.*

Der Titel besagt den Inhalt.

SEIFERT.



59) J. **Guszman** (Budapest). **Die Leukoplakie der Schleimhaut der Mundhöhle. Eine klinisch-pathologische Studie.** *Orvosi Hetilap. No. 36—38. 1908.*

Verf. hat bei 94,8 pCt. des Materials eine luetische Infection feststellen können. Dann hat er die Untersuchungen auch auf an Paralysis progressiva leidende Kranke ausgedehnt und hat hier unter 147 Kranken 67 Fälle (45,57 pCt.) von Leukoplakie gefunden. Die Leukoplakie ist ein luetisches Product, in ihrer Entstehung spielen aber Lues und Tabakrauchen eine gleich wichtige Rolle. Auch der Zusammenhang von Leukoplakie und Carcinom, sowie die Histologie und Therapie der Krankheit werden in diesen sehr lesenswerthen Studien eingehend besprochen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

60) **Walter Schmidt** (Allenstein i. Ostpr.). **Ein eigenartiger Fall von Zahnwurzelcyste (periostale Cyste des Oberkiefers).** *Münchener med. Wochenschr No. 45. 1908.*

Die von einer Augenzahnwurzel ausgehende vereiterte Cyste war unter Bildung einer persistirenden Fistel durch die äussere Haut auf der Höhe der linken Nasolabialfalte durchgebrochen.

HECHT.

61) **Pallares** (Madrid). **Zahncyste, ein Sarkom vortäuschend. (Quiste dentaric simulando un sarcoma.)** *Revista ibero-americana di ciencias médicas. No. 41.*

Um in zweifelhaften Fällen einen Irrthum zu vermeiden, mache man die Radiographie. Die Cysten sind hell und umgrenzt, das Sarkom ist völlig dunkel.

TAPIA.

62) **Delsaux. Ueber das Adamantinom. (Sur l'adamantinome.)** *La Presse méd. belge. No. 48. 1908.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler stellt D. einen 33jährigen Kranken vor, bei welchem sich vor 10 Jahren an der Stelle, an welcher der linke untere Weisheitszahn hätte durchbrechen sollen, ein kleiner schmerzloser erbsengrosser Tumor sich entwickelte. Nach 3—4 Jahren war derselbe haselnussgross und musste einige Jahre später, weil er das Kauen behinderte, entfernt werden, kam aber wieder. Jetzt ist er truthenneneigross und seine mikroskopische Untersuchung durch Steinhaus ergab ein wirkliches Adamantinom, das der Autor zu operiren und zur Heilung zu bringen sich vorgenommen hat.

BAYER.

63) J. **Sordoillet. Ueber einige Oberkiefertumoren dentalen Ursprunges. (De quelques tumeurs épithéliales du maxillaire supérieur, d'origine alvéolo-dentaire.)** *Dissert. Nancy 1907.*

S. giebt hauptsächlich unter Berücksichtigung der französischen Literatur ein ausführliches Bild über die Kiefercysten. Bei grossen Kiefercysten sucht Verf. die Ausheilung dadurch abzukürzen, dass er das Verfahren von Jacques anwendet: Zuerst wird die Cystenwand exstirpirt, dann der Hohlraum in breite Communication mit der gesunden Kieferhöhle gebracht und zum Schluss der Schleimhautschnitt in der Fossa canina vernäht.

OPPIKOFER.

64) **Claes** (Brüssel). **Klinischer Fall von Kiefersarkomrecidiv, geheilt durch das Cancroïdin. (Un cas clinique de sarcome maxillaire récidivé guéri par la cancroïdine.)** *La Presse méd. belge. No. 42. 1908.*

Fall von Recidiv eines Oberkiefersarkoms bei einer 62jährigen Frau, geheilt durch Injectionen von Cancroidin des Dr. Schmidt. Die Heilung datirt vom Monat September vorigen Jahres her.

BAYER.

65) **William H. Potter. Ein Fall von Epidermoidcarcinom des Unterkiefers. (A case of epidermoid carcinoma of the inferior maxilla.)** *Journal American Medical Association. Februar 1908.*

Verf. benutzt den mitgetheilten Fall, um zu zeigen, dass es für den Zahnarzt nothwendig ist, mit sämmtlichen krankhaften Veränderungen, die in der Mundhöhle vorkommen können, vertraut zu sein.

EMIL MAYER.

66) **Goris. Partielle Resection des Unterkiefers mit en bloc-Exstirpation der darunter liegenden Lymphdrüsen. (Resection partielle du maxillaire inférieur avec exstirpation en bloc des ganglions sousjacents.)** *Annales de la Soc. méd.-chir. de Brabant. No. 5. 1908.*

Mittheilung eines Falles von Exstirpation des ganzen zusammenhängenden Drüsenpackets bei einer partiellen Resection des Unterkiefers.

G. hat unter 10 derartigen Operationen 2 Fälle von Heilungen erzielt, die man als definitiv betrachten könnte. Das beweise wieder, dass man bei einem anatomisch operablen Carcinom mit der Operation nicht zaudern dürfe.

BAYER.

67) **Felix Semon** (London). **Noch einmal zur Frage der Pneumokokkeninvasion des Halses.** *Monatschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1908.*

Bezugnehmend auf seinen früher (Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 6, 1907) publicirten ähnlichen Fall und auf die einschlägige Arbeit Ruprecht's, berichtet Semon über einen neuen Fall einer eigenartigen, protrahirten Halserkrankung, der klinisch und bakteriologisch eingehend beobachtet, nahezu mit Sicherheit Lues ausschliessen lässt und mit grosser Wahrscheinlichkeit als eine durch die Diplococcuspneumonie hervorgerufene septische Halsaffection anzusprechen ist. Semon vermuthet, dass es sich hier um ein neues, durch Pneumokokkeninvasion hervorgerufenes Krankheitsbild handelt, und regt an, durch „vorurtheilsfreie sorgfältige klinische und bakteriologische Untersuchungen“ etwa weiter auftretender ähnliche Halserkrankungen zur endgültigen Klärung dieser Frage allseitig beizutragen. Bezüglich Details, ebenso wie der eingehenden epikritischen Betrachtungen muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

d. Diphtherie und Croup.

68) **R. Vitto Massei. Behindernder Einfluss des Diphtheriebacillus auf die Wirkung des entsprechenden antitoxischen Serums. (Influenza ostacolante del bacillo della difterite sull'azione del relativo siero antitossico.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1907.*

Die anatomisch-histologischen Befunde bei den Versuchsthieren waren ver-

schieden je nach dem injicirten Material. Einfaches hämorrhagisches Exsudat entstand, wenn man einimpfte: Agarcultur von lebenden Diphtheriebacillen; Diphtherietoxin; Agarcultur lebender Diphtheriebacillen + Serum + Toxin. Jedoch findet man bei den nur mit lebenden Bacillen behandelten Thieren eine Anhäufung von Leukocyten in Form kleiner Ganglien, während man bei den mit Toxin injicirten Knötchen findet, die durch die von Hämorrhagien umgebenen Gefässe gebildet werden.

Injicirt man dagegen die abgestorbenen Bacillen oder diese gleichzeitig mit antitoxischem Serum oder endlich gleichzeitig mit Antitoxin und Toxin, so bilden sich Abscesse ohne Hämorrhagien; die Abscesse sind aber kleiner und zahlreicher in den mit todten Bacillen + Serum + Toxin geimpften Thieren.

Der histologische Befund ist also der gleiche, ob man Agarculturen lebender Bacillen oder Toxin oder Agarculturen + Serum oder schliesslich Agarculturen + Serum + Toxin injicirt. In allen anderen Fällen entstehen Abscesse.

FINDER.

69) **J. Gervin** (Amsterdam). **Chlorcalcium gegen die Serumkrankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1908.*

Gewin prüfte an einem grösseren Krankenmaterial (200 Diphtheriekranke) das von Netter gegen das Auftreten von Serumexanthen empfohlene Chlorcalcium auf seine prophylaktische Wirkung nach und beobachtete, „dass durch die Einnahme von Calcium per os weniger oft Serumkrankheit auftritt und wenn sie erscheint, gutartiger verläuft". Auf Grund dieser durch seine Statistik belegten Beobachtungen giebt Autor seitdem allen seinen Diphtheriekranken Chlorcalcium per os und konnte seitdem bei 30 weiteren Patienten kein einziges allgemeines Exanthem mehr beobachten.

HECHT.

70) **E. Weil** (Berlin). **Zur Behandlung von Infectionskrankheiten, speciell der Diphtherie, mit Pyocyanase.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 95.*

In manchen Fällen von Diphtherie wurde eine schnellere Ablösung der Membranen beobachtet, septische Fälle blieben unbeeinflusst. Die Heilserumbehandlung soll in keinem Falle unterbleiben.

SEIFERT.

71) **v. Spontagh** (Ofen-Pest). **Ueber einige Fragen der antitoxischen Diphtheriebehandlung.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 68. Heft 3. 1908.*

Neben der das Diphtherietoxin inaktivirenden Componente des Antitoxins supponirt v. Sp. noch gewisse Potenzen, die am localen Processe in Activität treten. Zwischen beiden Componenten bestehe ein Missverhältniss zu Ungunsten der Wirkungsweise des Antitoxins, das sich klinisch unter anderem in der mangelhaften Beeinflussung toxischer Einflüsse (Lähmungen) zu erkennen giebt.

SEIFERT.

72) **Berlin** (Köln a. Rh.). **Ueber die Behandlung der Diphtherie nach den während der Jahre 1900—1908 im städtischen Augusta-Hospital zu Köln gemachten Erfahrungen.** *Mit 3 Tabellen. Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1908.*

Berlin berichtet über ein Material von 3256 Kranken verschiedener Lebens-



alter, von denen 1061 bereits das 6. Lebensalter überschritten hatten. Verf. weist auf die grosse Bedeutung des Behring'schen Heilserums sowohl bezüglich des Verlaufes als auch bezüglich geringerer Mortalität gegenüber der Vorserumzeit hin und bespricht eingehend die daneben hergehenden weiteren therapeutischen Maassnahmen. Bezüglich der Pyocyanase berichtet er, dass „zweifellos die leichten Affectionen des Rachens, besonders aber Nasendiphtherie, mit dem Mittel äusserst günstig beeinflusst wurden. Dagegen konnten bei schwer septischen Processen der Tonsillen kaum nennenswerthe Einwirkung der Pyocyanase festgestellt werden. Irgend welche schädlichen Nebenwirkungen des Mittels wurden aber nicht beobachtet". Anschliessend werden eingehend Tracheotomie, sowohl primäre wie secundäre, und Intubationen besprochen. Trotz mancher — in der Arbeit geschilderter — Nachtheile der Intubation bei der Behandlung der hochgradigen Kehlkopfstenosen räumt Autor der Intubation weiterhin den Vorrang ein, „einmal schon des besseren Erfolges dieser Methode wegen, dann auch, weil der Eingriff an und für sich bei einiger Uebung bequemer und schneller als die Tracheotomie auszuführen ist". Bezüglich der aus den beigegebenen Tabellen gezogenen statistischen Schlüsse muss auf das Original verwiesen werden.

HECHT.

73) **H. T. Karsner. Die Leukocyten bei Diphtherie vor und nach der Anwendung von Antitoxin. (The Leucocyts in diphtheria before and after the administration of antitoxin.)** *Proceeding Pathological Society Philadelphia. August-September 1908.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die Diphtherie ist begleitet von einem wechselnden Grad von Hyperleukocytose, die aber gewöhnlich eine mässige ist. Gelegentlich kann die Hyperleukocytose in extrem toxischen oder extrem leichten Fällen fehlen.

Polymorphnucleäre und mononucleäre Zellen finden sich bei der Diphtherie in einem völlig mit dem Grade der Leukocytose übereinstimmenden Verhältniss.

Bei der Leukocytose sind die eosinophilen Zellen in ungewöhnlich geringer Zahl vorhanden, die Myelocyten und Basophilen in mässiger Zahl.

Weder der Grad der Leukocytose noch die Verhältnisse, in denen sich die einzelnen Zelltypen finden, geben — ausser in ganz grossen Linien — ein Anzeichen für die Schwere der Infection ab.

Die Anwendung des Antitoxin hat keinen merklichen Effect auf den Grad der Leukocytose, das Verhältniss der sie zusammensetzenden Zelltypen.

EMIL MAYER.

74) **Barbier. Wiederauftreten von Diphtherie bei Kindern, die vorher mit Antitoxin behandelt wurden. (Reappearence of diphtheria in children previously treated by antitoxin serum.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908.*

Mittheilung dreier Fälle von Kindern, die vorher mit Antitoxin behandelt resp. aus prophylaktischen Gründen injicirt wurden, bei denen das Auftreten einer anderen Infection — Masern — dazu führte, dass im Pharynx wieder diphtherische Membranen sich zeigten. Die Krankheit tritt dann stärker auf und giebt eine schlechtere Prognose als vorher. Es sollte in solchen Fällen eine frische Serum-

injection gemacht werden. Das Recidiv tritt oft während der drei Wochen auf, während deren der Annahme nach das Kind noch immun sein soll. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

75) **P. Bartels** (Berlin). **Neuere Beiträge zur Anatomie des Kehlkopfes.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 213. 1908.*

B. giebt einen zusammenfassenden Bericht über die neueren die Anatomie des Kehlkopfes betreffenden Arbeiten und zeigt, dass im Verlaufe weniger Jahre auf diesem kleinen und scheinbar wohlbekannten Gebiete erfolgreiche Arbeit geleistet wurde. Das Referat stützt sich auf 87 Arbeiten, die seit 1902 erschienen sind; die frühere bis zum Jahre 1902 erschienene Literatur über Anatomie des Kehlkopfes iet durch F. Merkel in v. Bardeleben's Handbuch der Anatomie berücksichtigt. OPPIKOFER.

76) **Notiz des Herausgebers. Acute Laryngitis. (Acute Laryngitis.)** *Journal of the American Medical Association. 18. Januar 1908.*

Wässrige Sprays sollen bei acuter Laryngitis im Allgemeinen nicht angewendet werden. Verf. empfiehlt milde ölige Sprays z. B.

Rp. Thymol 0,20
Menthol. 1,00
Eucalyptol. 0,50
Ol. pini pumil. 1,00
Paraffin. liquid. aa 100.

DS. In einem Atomizer zu gebrauchen. Oder:

Rp. Ol. pini pumil. 10,0
Tinct. benz. compos. aa 100,0.

MDS. Ein Theelöffel soll auf kochendes Wasser 3- oder 4mal am Tage inhaliren.

Oder: Rp. Menthol. 0,50
Spirit. camphorat. 20,0
Tinct. benz. composit. ad 100.

MDS. Wie oben. EMIL MAYER.

77) **Colbeck** und **Chapin. Die Behandlung der Laryngitis. (The treatment of laryngitis.)** *Journal of the American Medical Association. 12. Januar 1907.*

Zu Inhalationen empfiehlt Verf.:

Rp. Ol. Eucalypti 2,65
Magnes. carbon. 1,50
Aq. dest. 30,00.

Ein Theelöffel auf 1/2 Liter heisses Wasser; den Dampf inhaliren! Oder:

Rp. Ol. Therebinth. 2,65
Magnes. carbon. 1,65
Aq. dest. 30,00.

S. Wie oben.

Zu Insufflationen empfiehlt Verf.:

Rp. Jodoformii
Acid boric.
Bism. subnitr. aa 0,6. Oder als Spray:
Rp. Cocain. hydrochlor. 0,65
Thymol. 0,3
Aq. dest. 30,00.

EMIL MAYER.

78) **Alexander** (Berlin). **Die Laryngitis sicca als Berufskrankheit.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

Vortragender fasst die Laryngitis acuta sicca und die subacute Form nur als eine Modification des einfachen acuten Kehlkopfkatarrhes auf. Wenn bei jeder acuten Laryngitis sich zuerst ein trocknes Stadium — Röthung, Schwellung der Kehlkopfschleimhaut, spärliche, zur Eintrocknung neigende Secretion — vorfindet, so ist dieses Stadium das vorherrschende und bleibende bei der Laryngitis acuta sicca. Besonders häufig und in intensiver Form wurde die genannte Erkrankung beobachtet bei Feuerwehrleuten nach grösseren Bränden, bei denen die starke Einwirkung der strahlenden Hitze, event. auch die beim Löschen sich entwickelnden heissen Wasserdämpfe ätiologisch in Frage kommen.

ALBANUS (ZARNIKO).

79) **Jacob E. Schadle. Membranöse Laryngitis; eine Complication der Influenza. (Membraneous Laryngitis a complication of influenza.)** *St. Paul Medical Journal. November 1907.*

Die Kehlkopfsymptome treten schleichend auf, bestehen Anfangs nur in Stimmstörung, Schluckbeschwerden; nach 48 Stunden werden die Erscheinungen ausgesprochener, die Dysphagie schwerer. Die Untersuchung ergiebt im ersten Stadium acute Hyperämie mit besonderer Betheiligung der Epiglottis. Später erscheinen stecknadelgrosse Geschwüre, die mit einem dünnen weissen Exsudat bedeckt sind, dann sich vereinigen und eine feste, homogene Membran bilden. Beim Weiterschreiten der Erkrankung wird die laryngeale Fläche der Epiglottis, das Spatium interarytaenoideum und schliesslich die Aryknorpel ergriffen. Consistenz und Farbe der Membran unterscheiden sie von den diphtherischen: sie ist nicht so fest und dick wie diese und von weisserer Farbe. Dagegen ist die Influenzamembran ebenso schwer von der Unterfläche abziehbar, wie die diphtherische; nur blutet es dabei nicht im Gegensatz zu dieser.

Es vergehen 2—3 Wochen bis die Membranen verschwinden.

Verf. empfiehlt Sprays von warmer Dobell'scher Lösung, gegen die Dysphagie Orthoforminsufflationen.

EMIL MAYER.

80) **Gerber. Ueber die sogenannte „Laryngitis nodulosa".** (Aus der Königl. Univers.-Poliklik f. Hals- und Nasenkranke zu Königsberg.) *Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. Heft 1. 1908.*

1. Die sogenannten Sängerknötchen kommen bei anderen Berufsarten ebenso vor wie bei den Stimmberufen.

2. Ob sie wirklich das weibliche Geschlecht bevorzugen, erscheint mit Rücksicht auf das häufige Vorkommen bei Kindern zweifelhaft.

3. Die dreieckige Zacke ist viel häufiger, wie der runde Knoten.
4. Die mit den Stimmlippen homogenen Zacken sind chirurgisch unantastbar.
5. Die Stimmlippenzacken sind die häufigste Ursache chronischer Heiserkeit sonst gesunder Kinder.

HANSZEL.

81) **Rueda. Larynge-Tracheitis bei Maltafieber. (Laringo-traqueite en la fiebre de Malta.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 2. 1908.*

Zwei Beobachtungen — die einzigen in der Literatur — von Laryngitis sicca haemorrhagica im Verlauf des Maltafiebers. Verf. vermuthet, dass das Agens, auf dem das Maltafieber beruht, auch die Ursache der Laryngitis abgab.

TAPIA.

82) **H. Leroux** (Paris). **Nicht diphtherischer pseudo-membranöser Croup. (Croup pseudo-membraneux non diphtérique.)** *Société de Pédiatrie. 19. November 1907.*

Wegen schwerer und plötzlicher Erstickungsanfälle wird ein 6jähriges Kind, nachdem der Versuch der Intubation missglückt war, tracheotomirt. Durch die Canüle wird bald darauf eine Pseudomembran ausgehustet; die Untersuchung und das Culturverfahren ergaben einfach Streptokokken.

GONTIER DE LA ROCHE.

83) **L. Rendu. Pseudomembranöse Streptokokken-Tracheobronchitis. (Trachéo-bronchite pseudo-membraneuse à streptocoques.)** *Société anatom. de Paris. 3. Juli 1908.*

29jährige Frau acquirirte eine Laryngitis, in deren Verlauf so schwere Dyspnoe auftrat, dass zur Tracheotomie geschritten werden musste. Beim Husten brachte Pat. einige Pseudomembranen hervor; die Cultur ergab, dass es sich nicht um Diphtherie, sondern um Streptokokken handelte.

Unter fortschreitender Asphyxie ging Pat. zu Grunde; Kehlkopf, Trachea und die grossen Bronchien zeigten sich völlig durch Pseudomembranen verlegt.

A. CARTAZ.

84) **C. Chauveau. Acute geschwürige Epiglottitis pyogenen Ursprungs. (Epiglottite ulcéreuse aiguë d'origine pyogénique.)** *Arch. int. de laryngol. März-April 1907.*

Pat. war ein 42jähriger Mann. Die Erkrankung begann mit Allgemeinerscheinungen: Schüttelfrost, Kopfschmerz, Fieber etc.

BRINDEL.

85) **A. Meyer** (Berlin). **Ueber leukämische Veränderungen im Kehlkopf.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 343. 1908.*

Das Präparat wurde im Verein süddeutscher Laryngologen 1908 demonstrirt (Centralbl. f. Lar. 1908, No. 10, S. 517).

OPPIKOFER.

86) **Schiffers** (Lüttich). **Trophödem des Kehlkopfs. (Trophoedème du larynx.)** *La Presse oto-laryngol. de belge. No. 8. 1908.*

Der Autor erwähnt erwähnt einen Fall von Oedem des Kehlkopfs bei einem Kinde von 5 Jahren, ein Fall, der unter die Kategorie trophoneurotischer Processe gerechnet werden muss. Der Kranke bot alle Symptome von einem Epiglottisödem und der aryepiglottischen Falte dar. Die Diagnose wurde mehrere Male durch die

laryngoskopische Untersuchung bestätigt. Die Natur des Oedems wurde auf dem Wege der Exclusion festgestellt. Unter den erblichen Antecedentien kennen wir auf Seite des Vaters Alkoholismus und Syphilis, welche ohne Zweifel die Ursache der Störungen im Nervensystem bildeten.

PARMENTIER.

87) **Timothy J. Readon. Acuter ödematöser Prolaps des Morgagni'schen Ventrikels. (Acute oedematous eversion of the ventricle of Morgagni.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Juni 1907.*

Verf. berichtet über den Fall einer 40jährigen Sängerin, die unter den Symptomen einer Angina lacunaris erkrankte. Nachdem diese Erscheinungen vorüber waren, trat, als sie einige Tage darauf gesungen hatte, Heiserkeit auf, sodann kam es schnell zu Dyspnoe, Cyanose und stridorösem Athmen. Es wurde Kehlkopfödem vermuthet. Verf. fand den rechten Ventrikel so ödematös, dass die Stimmlippen davon ganz bedeckt waren; die ödematöse Masse war taubeneigross. Der rechte Aryknorpel war unbeweglich. Nur hinten war ein kleiner dreieckiger Spalt für die Passage der Luft. Intubation schaffte sofort Erleichterung und am nächsten Tage war der Larynx normal.

LEFFERTS.

88) **Pfeiffer** (Stuttgart). **Ueber die Verlagerung des Larynx und der Trachea beim Pyopneumothorax.** *Med. Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins. 44. 1907.*

Die Verlagerung der Trachea und des Larynx beim Pyopneumothorax lässt sich nicht nur durch das Röntgenverfahren feststellen, sondern auch ohne Röntgenstrahlen erkennen, insbesondere bei etwas nach medianwärts gebeugtem Kopfe. Pf. wünscht, dass die Verlagerung der Trachea für die Diagnose intrathorakaler Erkrankungen etwas mehr Berücksichtigung erfahren möchten.

SEIFERT.

89) **E. Wertheim** (Breslau). **Ueber Larynxcontusion.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 132.*

Traumatisches Larynxhämatom („links Arygegend und Sinus pyriformis von einem tiefdunkelrothen, grossen Tumor eingenommen") mit Ausgang in vollständige Heilung.

F. KLEMPERER.

90) **Rosenberg** (Berlin). **Kalter Abscess des Kehlkopfs.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 47. 1907.*

Bei einem 58jährigen Herrn besteht nach einer Gastroenteritis, wobei er heftig brach, seit 6 Wochen leichte Heiserkeit. Laryngoskopisch fand sich nur am linken Stimmband eine eiförmige länglich runde, deutlich gelbe Anschwellung, „die die Pars libera des Stimmbandes nicht in Anspruch nahm, etwa die halbe Breite der oberen Fläche des Stimmbandes deckte und seinen freien Rand überragte". In der Umgebung der Anschwellung das Stimmband etwas geröthet.

Verf. schnitt ein und es entleerte sich Eiter. Sofort war die Stimme klar. Nach 14 Tagen war am Stimmband nichts mehr davon zu sehen.

Aetiologisch glaubt Verf. eine bei dem heftigen Erbrechen entstandene Blutung unter das Epithel des Stimmbandes annehmen zu sollen, aus welchem Hämatom sich dann der Abscess gebildet hat.

ALBANUS (ZARNIKO).

91) **Felix Miodowski** (Breslau). **Doppelseitige Exfoliation des Aryknorpels.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 355. 1907.*

Es handelt sich um ein bemerkenswerthes anatomisches Präparat, eine beiderseitige Exfoliation des ganzen Aryknorpels, offenbar als Ausgang einer eitrigen Perichondritis. Das Präparat zeigt eine grosse Abscesshöhle — ehemals der Platz des Giessbeckenknorpels — mit charakteristischer Abscessmembran. Weder ist vom Aryknorpel eine Spur zu entdecken, noch auch von seinem Perichondrium; dagegen ist Ring- und Schildknorpel unangetastet, wenn sich auch das Granulationsgewebe bis nahe an das Perichondrium des letzteren erstreckt. Die Höhle hat sich ausgeglättet, das Epithel beginnt sich von den Rändern her gegen den Grund vorzuschieben. Dagegen wird die für eine Heilung wesentliche fibröse Umwandlung des Granulationsgewebes offenbar durch die Erschöpftheit des Organismus hintenangehalten. Obwohl das histologische Bild keinen ätiologischen Hinweis giebt und auch die Kenntniss des klinischen Verlaufs fehlt, so kann man vielleicht, da es sich um ein schwer tuberculöses Individuum handelt, die Tuberculose als ätiologischen Factor in Betracht ziehen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

92) **Citelli** (Catania). **Chordectomia externa und Regeneration der Stimmlippen. (Ueber eine neue Behandlungsmethode alter Kopfverengungen infolge dauernder Medianstellung beider Stimmlippen.) Experimentelle Versuche an Hunden.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 73. 1907.*

Verf. macht die Laryngofissur und entfernt dann mittels Scheere und Grünwald'schem Conchotom ein Stimmband oder auch beide. Der Operation geht eine Tracheotomie voraus.

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Da die Schildknorpelplatten sich stets in ihrer normalen Stellung fänden, so würde die Naht der Knorpel nach der Thyreotomie nicht absolut nothwendig sein.

2. Vorhergehende Tracheotomie wäre ebenfalls nicht dringend nöthig, da man bei Hunden schon einen Tag nach der Operation die Canüle fortlassen konnte ohne irgend welchen Schaden.

3. Die Abtragung der Pars ligamentosa der Stimmlippen gab ein sehr befriedigendes Resultat; denn bei den über 20 Tage am Leben erhaltenen Hunden fand sich an Stelle der Hervorragung der Stimmlippe eine ziemlich deutliche Furche. Dieses Resultat würde beim Menschen, bei dem die Stimmlippen länger sind und die Pars ligamentosa fast $^2/_3$ der Stimmlippen bildet, während beim Hunde der knorpelige Theil fast länger ist als der membranöse, noch vollkommen sein.

4. Ist die Abtragung mit geeigneten Instrumenten, d. h. so, dass die umgebende Schleimhaut nicht maltraitirt wird, vorgenommen worden, so bilden sich gewöhnlich keine Verwachsungen zwischen den beiden Kehlkopfhälften.

5. Nach nicht langer Zeit bildet sich in Folge Bildung einer Art von Glottis im Niveau der Taschenlippen aus der Aphonie eine mehr oder minder heisere Stimme.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigt und erklärt die Thatsache, dass

das abgetragene Stimmband sich nicht wieder bildet; denn nicht nur findet sich an der operirten Stelle das entfernte elastische Band nicht mehr, sondern einige benachbarte Drüsen und vor allem zahlreiche angrenzende Muskelfasern fallen — obwohl sie von dem schneidenden Instrument nicht getroffen sind — der Nekrobiose anheim, allein weil sie der postoperativen Entzündungszone nahe sind. Die Wirkung würde nach Ansicht des Verf. noch vollkommener sein, wenn, wie es beim Menschen der Fall sein würde, ein gut Theil der Muskelfasern bei der Operation mit entfernt würde.

Die Arbeit giebt genaue Operationsgeschichten und den mikroskopischen Befund bei den operirten sechs Fällen mit Abbildungen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

93) **B. Fränkel** (Berlin). **Zur Regeneration exstirpirter Stimmlippen. Ein Beitrag zur Frage der Chordectomie bei Larynxstenose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 98. 1907.*

Verf. verwirft die Chordektomie zur Beseitigung von Kehlkopfstenose durch Medianstellung der Stimmlippen auf Grund von Beobachtungen an Menschen, bei denen sich an Stelle de rwegen Carcinom entfernten Stimmlippen Narbenstränge gebildet hatten, die eine wirkliche Stimmlippe vortäuschten. Wollte man deshalb in der Glottisebene bei Medianstellung der Stimmlippen operativ einen für das respiratorische Bedürfniss andauernd ausreichenden Weg schaffen, so müsste man nicht nur den Processus vocalis des Aryknorpels, sondern auch erhebliche Theile seines Körpers entfernen, wodurch aber spätere Stimmbildung verhindert würde.

Aus diesem Grunde nimmt Verf. davon Abstand, Patienten, welche Canüle tragen müssen, zum Zweck der Beseitigung dieser Nothwendigkeit, die Stimmbandexstirpation zu empfehlen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

94) **Lannois** und **Durand** (Lyon). **Regeneration einer Stimmlippe in einigen Wochen nach Abtragung eines Tumors. (Régéneration d'une corde vocale en quelques semaines après l'ablation d'une tumeur.)** *Lyon médical. No. 40. 1908.*

Thyreotomie; zur Entfernung des Tumors muss das rechte Stimmband geopfert werden. Pat. konnte bereits einige Tage nach der Operation sprechen. Nach einigen Wochen hatte sich eine das Stimmband ersetzende Schleimhautfalte gebildet.

Nach den Angaben der Verf. sollen die Thyreotomien 80 pCt. Erfolge haben.

GONTIER DE LA ROCHE

95) **Parmentier. Chronische Entzündung oder Papilloma des Kehlkopfs? (Inflammation chronique ou Papilloma du larynx?)** *Progrès Médical belge. No. 24. 1907.*

Die Evolution des Falles veranlasst den Autor zu dem Schluss, dass die Läsion entzündlicher Natur war und dass, obgleich verschiedene blutige Behandlungsweisen auf der Versammlung der belgischen Otolaryngologen im Jahre 1906 angepriesen wurden, die Heilung doch mit hyperämisirenden und die Schleimhaut

modificirenden Mitteln und der Massage der Halslymphdrüsen nach der Methode von Bayer erzielt wurde. AUTOREFERAT.

96) Garel. **Enormer Kehlkopftumor des linken Ventrikels. (Enorme tumeur du larynx provenant du ventricule gauche.)** *Lyon médical. 22. September 1907.*

Der Tumor hatte zu intermittirenden Stimmstörungen Anlass gegeben; er lag auf der Oberfläche der linken Stimmlippe. Er inserirte im hinteren Theil des Ventrikels. Er wurde mit der warmen Schlinge entfernt; drei Tage später auch der Stiel auf dieselbe Weise.

Makroskopisch glich der Tumor einem Fibrolipom. BRINDEL.

97) **Z. v. Lénárt** (Budapest). **Operirter Fall von amyloider Geschwulst des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Orvosi Hetilap. No. 32. 1908.*

Die Geschwulst sass subglottisch unter der rechten Stimmlippe, war blauroth, mässig erhaben, von höckriger Oberfläche. Nach vier Monaten wurde anderwärts die Tracheotomie ausgeführt. Operation am 7. Mai 1908. Der subglottische Raum war mit einem weichen granulationsartigen, mässig durchscheinenden Gewebe von Quittensulzfarbe vollständig angefüllt und rechts die Luftröhre fast bis zum IV. Trachealring, wo es scharf abgegrenzt endete. Die Entfernung gelang leicht mit dem scharfen Löffel. Hierauf Hauttransplantation nach Thiersch. Glatte Heilung. Nach 4 Wochen bei der Demonstration kräftige Stimme, kein Recidiv.

v. NAVRATIL-POLYAK.

98) **John Mc Coy. Bericht über drei Fälle von mittels directer Laryngoskopie entfernten Kehlkopfgeschwülsten. (A report of three cases of laryngeal growth removed by direct laryngoscopy.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Verf. empfiehlt für nervöse Patienten die allgemeine Narkose und zwar zieht er Aether vor und giebt vorher eine Injection von Morphium mit Atropin, letzteres um einer Neigung zu zu starker Bronchialsekretion vorzubeugen.

EMIL MAYER.

99) **Th. Gluck** (Berlin). **Chirurgische Behandlung des Schlund- und Kehlkopfkrebses. (Le traitement chirurgical du cancer du larynx et du pharynx.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 4. 1908.*

Bericht auf dem II. Congress der internationalen chirurgischen Gesellschaft, Brüssel, September 1908.

Um die Schluckpneumonie zu verhüten, hat sich der Autor zum Princip gemacht, die unmittelbare Naht des Pharynx und die prophylaktische Resektion der Trachea vorzunehmen und zwar nicht allein bei der Laryngektomie, sondern auch bei der Abtragung des Pharynx und der Zunge: Bei den anderen Operationen, welche den Kehlkopfeingang unberührt lassen, schützen die Rose'sche Kopflage, die temporäre Compression, die Ligaturen und die Tamponade der Luftwege vor der Aspiration.

G. nimmt die Laryngektomie auf einmal vor, ausser wenn eine schwere Dyspnoe vorliegt. Sein Verfahren ist aseptisch, deshalb erzielt er auch mit Sicherheit die unmittelbare Vereinigung. Diese Operation hat einen offenbaren thera-

peutischen Werth, seitdem der Autor so umfangreich als möglich operirt. G. hat die Laryngektomie mit einigem Erfolg bei der Kehlkopftuberculose angewandt. Die Gefahren bei der Operation sind relativ gering und die Resultate günstig: er detaillirt die Methode für die künstliche Phonation.

G. schliesst die Prothese unmittelbar an an die Resection des Unterkiefers, die Circulärnaht der Trachea an die partielle Resection derselben, die Transplantation der Gefässe etc.

Wenn eine Compression des Tractus tracheo-bronchial. durch einen mediastinalen unoperablen Tumor vorhanden ist, hat Gluck die Resection zweier Rippen ersonnen mit Annähen der Pleura parietalis an die Pleura visceralis, indem er diese incidirt und mit dem Thermocauter das Lungengewebe derart eröffnet, dass der Kranke direct durch die Lunge athmet.

PARMENTIER.

100) **Z. v. Lénárt** (Budapest). **Mittels Laryngofissur operirter und geheilter Fall von Kehlkopfkrebs.** *Orvosi Hetilap. No. 30. 1908.*

Nach Spaltung des Schildknorpels Entfernung der erkrankten Weichtheile. Pat. ist jetzt 76 Jahre alt, seit der Operation sind schon drei Jahre verflossen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

101) **Buys. Ein Fall von Laryngectomie wegen Epithelioms; ohne Recidiv seit 15 Monaten. Demonstration eines speciellen Sprechapparates am Kranken. (Un cas de laryngectomie pour épithélioma, sans récidive depuis quinze mois. Démonstration sur le malade d'un appareil phonétique spécial.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 2. 1908.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belg. otolaryngol. Gesellschaft von Juni 1907.

PARMENTIER.

102) **Page La Fayette. Laryngectomie wegen Kehlkopfkrebses. (Laryngectomy for carcinoma of the larynx.)** *Journal American Medical Association. 26. September 1908.*

Bericht über 2 Fälle.

Fall I. Radicaloperation. Die Trachealtube wurde 2 Tage liegen gelassen. Es dauerte mehrere Tage bis die genossene Nahrung nicht durch die Wunde herauskam. Patient ist jetzt — nach vier Jahren — 76 Jahre alt und in guter Gesundheit.

Fall II. Entfernung eines Theiles des rechten Schildknorpels und Stimmbandes, sowie der ganzen linken Kehlkopfhälfte nebst den angrenzenden Lymphdrüsen.

Bei der Nachbehandlung traten einige Störungen ein: Eine alte Bronchitis drohte zu einer Pneumonie zu führen; sehr beschleunigter Puls und unregelmässige Athmung deuteten auf Störungen in der Function des N. vagus und wurden mit Digitalis und Strychnin bekämpft. Nach Heilung der Wunde wurden X-Strahlen gebraucht, um einem Recidiv vorzubeugen. Es sind $3^1/_2$ Jahre verflossen und Pat. befindet sich vollkommen wohl.

EMIL MAYER.

103) **J. W. Bond. Präliminare Laryngotomie. (Preliminary laryngotomy.)** *British Medical Journal. I. 7. 1907.*

Verf. beschreibt eine Methode, die er seit 15 Jahren anwendet und die seit einigen Jahren von britischen Chirurgen adoptirt ist und die darin besteht, dass eine Canüle in das Spatium crico-thyreoideum eingesetzt, der Pharynx und Larynx von oben her tamponirt wird, als Voroperation für ausgedehnte und blutige Eingriffe im Rachen und Mundhöhle.

Die Haut über dem Spatium crico-thyreoideum wird durch einen kurzen Transversalschnitt gespalten, die Spitzen einer gebogenen Scheere durch die Membrana crico-thyreoidea dicht über dem Ringknorpel eingestochen und durch diese Oeffnung eine gebogene abgeplattete Canüle über einem spitzen Mandrin eingeführt. Die Canüle wird nach der Operation wieder entfernt. J. B. WAGGETT.

104) **H. T. Butlin. Präliminare Laryngotomie. (Preliminary laryngotomy.)** *British Medical Journal. I. 7. 1907.*

Verf. hat das Verfahren Bonds in mehr als 100 Fällen während der letzten 7 Jahre mit Erfolg angewandt. E. B. WAGGETT.

105) **Nager** (Zürich). **Ueber primäre Geschwülste der Trachea.** *Med. Klinik. 1. 1909.*

Uebersichtsreferat. SEIFERT.

106) **Ferreri. Ein Trachealtumor. (Un tumore tracheale.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringologica delle R. Università di Roma. 1907.*

Der Tumor, der nach vorausgegangener Laryngofissur glücklich entfernt wurde, war ein weiches Fibrom, an dem histologisch auffallend ist, dass er mit Plattenepithel bekleidet war. Verf. erklärt das Vorkommen dieses Plattenepithels in der Trachea durch entwickelungsgeschichtliche Erwägungen. FINDER.

107) **D. J. Davis** und **E. R. Le Count. Bericht über zwei Fälle von Bronchialcarcinom. (Report of two cases of primary bronchial carcinoma.)** *Transactions Chicago Pathological Soc. August 1908.*

I. 32jährige Frau. Es wurde die Diagnose auf Pleuritis mit Erguss gestellt. In der Trachea und den Bronchien sowie auf der Pleura fanden sich kleine aus Plattenepithel bestehende Knötchen.

II. 58jähriger Mann. Es bestand Lähmung des linken Stimmbandes. Es wurde die Diagnose auf Mediastinaltumor gestellt; bei der Autopsie fand man ein primäres Carcinom des linken Bronchus, secundäres Carcinom der Halsdrüsen, des Mediastinum und der linken Achselhöhle. EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

108) **D. Forsyth. Die vergleichende Anatomie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse bei Säugethieren und Vögeln. (The comparative anatomy, gross and minute of the thyroid and parathyroid glands in mammals and birds.)** *Journal of anat. and physiol. Vol. 42. p. 302.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.



109) **K. v. Schiller** (Budapest.) **Kalter Abscess in der Schilddrüse.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 33. 1908.*

Tuberculose der Schilddrüse kommt nicht häufig vor. Im vorliegenden Falle litt der Patient an Schling- und Athembeschwerden; bei der Incision entleerten sich ca. 90 ccm Eiter, aus welchem Tuberkelbacillen gezüchtet wurden. Nach 3 Monaten besteht noch eine Fistel.

v. NAVRATIL-POLYAK.

110) **Lurje** (Moskau). **Ueber ein Teratom der Schilddrüse.** *Dissertation. Zürich 1908.*

Sehr selten sind Fälle von Schilddrüsentumoren mit einem Inhalt von elastischen Fasern, Fettgewebe, Musculatur, Knochen, Knorpel, Drüsen, Neuroepithel, Retinapigmentepithel. Es dürften Bigerminalbildungen sein, welche sich vorzugsweise in der Kiemengegend der Föten einlagern. Die Einschliessung in die Schilddrüse ist auf einen Durchbruch zwischen Schlundtasche und Kiemenfurche zurückzuführen. Der vorliegende Fall betrifft eine 53jährige Frau mit cretinoidem Habitus und myxödematösen Erscheinungen. Der Kropf war von Jugend an vorhanden, hatte aber erst 8 Wochen vor der Aufnahme in das Hospital plötzlich zu wachsen begonnen und beendigte das Leben 9 Tage später trotz rechtzeitiger tiefer Tracheotomie mit Erstickungszeichen. Der harte, hinter dem Sternum unbeweglich eingekeilte Tumor war inoperabel. Neben dem typischen Inhalt fand sich ein Rund- und Spindelzellensarkom, welches Metastasen in die Lungen hineingeschwemmt hatte. Verf. glaubt, das Sarkom sei als Wucherung der undiffenzirten Keimzellen aufzufassen, welche die Gefässe thrombosirt hatten.

JONQUIÈRE.

111) **G. Hicguet. Thyroidectomie. Vorstellung von 3 Fällen. (Thyroidectomie; Présentation de trois cas.)** *La Policlinique. No. 8. 1908.*

In der Sitzung der Poliklinik vom 28. März 1908 stellt H. drei mit partieller Thyroidectomie wegen Hypertrophie der Schilddrüse operirte Kranke vor, zwei Frauen von 29—34 und ein Mann von 45 Jahren. Bei dem dritten Fall — Frau von 34 Jahren —, die an atrophischer Rhinitis litt, trat nach der Operation eine ganz bedeutende Besserung dieser Affection ein, so dass 14 Tage nachher der üble Geruch verschwunden war, keine Krustenbildung mehr stattfand und der Allgemeinzustand sich bedeutend verbessert hatte.

BAYER.

112) **Joseph H. Branham. Tetanie nach Thyreodectomie, geheilt durch subcutane Injectionen von Parathyreoidemulsion. (Tetany following Thyroidectomy cured by the subcutaneous injections of parathyroid emulsion.)** *Annals of Surgery. August 1908.*

Die Tetanie wurde prompt und andauernd geheilt durch die Injection frisch bereiteter Thyroidemulsion.

EMIL MAYER.

113) **Dumas. Basedowstruma tuberculösen Ursprungs. (Tuberculose inflammatoire. Goître exophtalmique d'origine tuberculeuse.)** *Dissert. Lyon 1907.*

An der Hand von 15 aus der Literatur gesammelten Beobachtungen vertritt Verf. den Standpunkt, dass die Basedow'sche Krankheit sich nicht selten auf tuberculöser Grundlage entwickle.

OPPIKOFER.

114) **M. Ohlemann** (Wiesbaden). **Zur Basedow'schen Krankheit.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1908.*

Autor erkrankte in seinem 57. Lebensjahre an Basedow und berichtet in extenso über den Verlauf seiner Krankheit, die er mit besonderer Berücksichtigung der Pathologie, Symptomatologie und Therapie kritisch bespricht. Selbst Augenarzt, bespricht er detaillirt das allmähliche Auftreten von Lähmungen der einzelnen Augenmuskeln und deren Wechsel. Er berichtet über die gute Wirkung der Jodtherapie (Jodkali und besonders Jodtinctur 2mal täglich 1—2 Tropfen) auf sämmtliche Erscheinungen, namentlich die günstige Beeinflussung der Pulsfrequenz. Sodann weist er auf den schädlichen Einfluss der Eiweissnahrung auf die Basedowerkrankung hin, besonders der Milch, die er damit erklärt, „dass bei ihr eher eine Toxinbildung eintritt als bei Kohlehydraten und Fetten, dadurch treten dann Erscheinungen ein von Autointoxication". Autor fasst seine Erfahrungen in 6 Thesen zusammen, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

115) **F. Apelt** (Sanatorium Glotterbad bei Freiburg i. Br.). **Ein Fall von Basedow'scher Krankheit im Anschluss an nichteitrige Thyreoiditis acuta.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1908.*

„Etwa 3 Wochen nach einem im Recessus pyriformis dexter aufgetretenen Abscesse", der nach Incision heilte, entwickelte sich eine acute Thyreoiditis. Nach deren Abklingen trat allmählich ein typischer Basedow auf, der seinerseits wieder unter entsprechender Behandlung symptomenweise derartig abklang", dass man fast von einer völligen Heilung sprechen konnte". Die Krankengeschichte ist in extenso beigegeben.

HECHT.

116) **J. P. Dunhill. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of exophthalmic goitre.)** *Intercolonial Medical Journal Australasia. Juni 1908.*

Die Erfahrungen des Verf.'s gründen sich auf 25 eigene Fälle, in denen 32 Operationen vorgenommen wurden. Es war ein Todesfall zu verzeichnen. Die Heilungen betrugen 85 pCt. Bei den meisten Fällen war innere Behandlung bereits ohne Erfolg angewandt worden. In zwei Fällen bestand vorgeschrittene Myocarditis, Herzdilatation und Oedem in den abgängigen Partien. In beiden Fällen trat nach der Operation Heilung ein. Die Operation ist nur dann gefahrlos, wenn keine Narkose angewandt wird, und zwar bedient sich Verf. zur Localanästhesie des Barker'schen Eucain und Adrenalin, womit das subcutane Zellgewebe gründlich infiltrirt wird. Die tiefen Lagen unter und hinter dem M. sternocleidomastoideus werden auf der zu operirenden Seite gleichfalls infiltrirt. Verf. betrachtet als die grösse Gefahr bei der Operation und auch als die Todesursache in seinem Fall das Zerquetschen von Schilddrüsengewebe. Quetscht man einen Lappen zusammen, so bleibt eine Menge zertrümmerter Schilddrüsensubstanz zurück, die von dem Blut und Lymphgefässen aufgenommen wird und die schwerste acute eitrige Thyroiditis hervorruft. Verf. empfiehlt nach der Operation reichliches Wassertrinken, um der Gefahr des Thyreoidismus vorzubeugen.

A. J. BRADY.

117) **Johannes Torrild** (Dänemark). **Behandlung von Morbus Basedowii. (Behandling af Morbus Basedowii.)** *Ugeskrift for Läger. 13. August 1908.*

Uebersichtsartikel. E. SCHMIEGELOW.

118) **H. J. Vetlesen** (Christiania). **Klinische Beobachtungen bei 43 Fällen von Morbus Basedowii. (Kliniske iagttagelser ved 43 Ulfaelder af Morb. Basedowii.)** *Norsk Magazin for Lägavedenskaben. No. 1. Anhang. 1909.*

Eignet sich nicht zum Referat. E. SCHMIEGELOW.

g. Oesophagus.

119) **Bourdeau. Die verschiedenen Verfahren zur Behandlung der Narbenverengerungen des Oesophagus und speciell die Anwendung der linearen Elektrolyse. (Les différents procédés de traitement dans les rétrécissements cicatriciels de l'oesephage et en particulier de l'emploi de l'électrolyse linéaire.)** *Thèse de Bordeaux. 20. December 1907.*

Verf. plaidirt für Anwendung der Elektrolyse nach der Methode von Fort. Er beschreibt genau das Verfahren und versichert, dass auf diese Weise behandelte Stenosen sich nicht wieder bilden. BRINDEL.

120) **Nové-Josserand** und **Sargnon. Doppelte impermeable Narbenstenose im Brusttheil des Oesophagus. (Doublesténose cicatricielle de l'oesophage thoracique.)** *Lyon médical. October 1907.*

10jähriges Kind, bei dem zuerst die Gastrotomie gemacht werden musste. Es wurde auf gastroskopischem Wege eine Oesophagotomia interna gemacht und dann allmählich dilatirt. BRINDEL.

121) **Docq** und **Henrard. Oesophagusstenose an der Cardia (mit radioskopischer Untersuchung). (Rétrécissement cardiaque de l'oesophage [avec examen radioscopique].)** *Annal. de la Soc. médico-chir. de Brabant. No. 6. 1908.*

Oesophagusstenose über der Cardia mit sackförmiger Erweiterung des Oesophagus oberhalb derselben bei einem 22jährigen jungen Mann, welcher seit seinem 14. Jahre an dieser Affection leidet; nach vorheriger Verabreichung von Milch mit Bismuth demonstrirt H. dieselbe bei Röntgenstrahlenbeleuchtung und zeigt, wie der Inhalt des Oesophagussackes, den der Patient beliebig nach oben und nach unten in den Magen befördern kann, bei dem letzteren Act durch die dabei stattfindende Contraction gewaltsam gegen die grosse Curvatur geschleudert wird.

BAYER.

122) **M. R. Leriche** (Lyon). **Zahnprothese mit spitzen Haken im unteren Theil der Mediastinalpartie des Oesophagus. (Pièce dentaire à crochets aigus arrêtée dans la partie inférieure de l'oesophage médiastinal.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 18. November 1908.*

Die Extraction auf ösophagoskopischem Wege erwies sich als unmöglich; es wurde daher die Gastrotomie gemacht und von dort aus der Fremdkörper entfernt. Die Heilung verlief normal. GONTIER de la ROCHE.

123) **J. Erdélyi** (Szeged, Ungarn). **Ein aus der stenotischen Speiseröhre mittels Oesophagoskopie entfernter Fremdkörper.** *Orvosi Hetilap. No. 42. 1908.*

Ein $4^1/_2$ Jahre alter Knabe hat vor 3 Jahren aus Versehen Kalilauge getrunken. Fünf Wochen vor der Untersuchung soll er ein Zweihellerstück verschluckt haben und kann seither nur flüssige Speisen zu sich nehmen. Die Röntgenuntersuchung zeigte den Fremdkörper in der Höhe der die Brustwarzen verbindenden Linie. Oesophagoskopie in Chloroformnarkose bei hängendem Kopfe mit der 25 cm langen und 8 mm breiten Röhre. Das Geldstück wurde 20 cm tief von der oberen Zahnreihe gefunden, mit der Pincette gefasst und zusammen mit der Röhre entfernt. An der Stelle, wo die Münze lag, waren Granulationen sichtbar und unterhalb der Stelle eine mit 3—4 mm weiter Oeffnung versehene narbige Stenose.

v. NAVRATIL-POLYAK.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Ein System der Medicin. Von vielen Autoren, herausgegeben von Sir Clifford Allbutt und Humphry David Rolleston. Vol. IV. Theil II. Krankheiten der Nase, des Rachens, Kehlkopfs, der Luftröhre und des Ohres. (A System of Medicine. By many writers, edited by Sir Clifford-Allbutt and Humphry Davy Rolleston. Vol. IV. Part II. Diseases of the Nose, Pharynx, Larynx, Trachea and Ear.)** Mac Millan and Co. 1908. London.

Die folgenden Ausführungen sollen, wie das an dieser Stelle sich von selbst versteht, keine Erörterungen über die Ohrenkrankheiten, die in vorliegendem Band mitbehandelt sind, enthalten, es sei denn die Bemerkung, dass die gegenseitigen Beziehungen, die zwischen den Erkrankungen der Respirationswege und des Gehörapparates bestehen, nicht diejenige Würdigung erfahren, die ihnen zukommt. Wie es sich zeigen wird, sind Mängel dieser Art mit dem Charakter des Buches als eines Sammelwerkes untrennbar verknüpft. Mitarbeiter sind Greville Macdonald, Herbert Tilley, Ernest Waggett, F. De Havilland Hall, Sir Felix Semon und P. Watson Williams, und zwar haben die letztgenannten beiden Herren gemeinsam und jeder für sich den weitaus grössten Theil des Buches bearbeitet. Diese Namen, die hervorragendsten unter den Britischen Laryngologen, sind eine Gewähr für das hohe Niveau des Werkes.

Als die Wissenschaft der Heilkunst in die zahlreichen, die einzelnen Specialitäten darstellenden Kapitel eingetheilt wurde, da war diese Theilung, so unvermeidlich sie war — ist sie doch in gewissem Grade bis in die ersten Anfänge der Geschichte zurückzuverfolgen — in vieler Hinsicht bedauerlich; dass aber z. B. die Nasenkrankheiten wieder in mehrere von verschiedenen Autoren bearbeitete Kapitel zerlegt wurden, erweckt nicht nur Bedauern, sondern fordert die Kritik heraus. Dies Verfahren ist nothwendigerweise ebenso von ungünstiger Wirkung auf die Autoren, wie es den Lesern für ihr Geld eine mangelhafte Gegenleistung bietet. Es hat keine hinreichende Rechtfertigung für sich ausser einem elenden finanziellen Gesichtspunkt. Vom practischen Standpunkt aus ist indessen solche Eintheilung absolut nothwendig, wenn es sich um die Production einer jener Serien

von Bänden, die das ganze Gebiet der Medicin in sich schliessen, handelt. Sie macht es möglich, dass ein solches „System“, wie das vorliegende, schnell fertig gestellt und die Arbeit noch nass, wie sie aus der Feder des Autors kommt, publicirt wird. Das ist die Rechtfertigung für solche Publicationen und enthält gleichzeitig den Hinweis auf ihre Eintagsnatur. Ebenso prompt und rasch wie sie erscheinen, gerathen sie auch wieder in Vergessenheit, es sei denn, dass sie, wie im vorliegenden Falle, in Gestalt einer zweiten Auflage de facto von Neuem geschrieben werden. In Amerika leidet das Lesepublikum unter einer ganz willkürlichen Form der Vergewaltigung, die beim Verkauf solcher „Systeme“ seitens der Verleger geübt wird, indem man nicht im Stande ist, irgend einen Band sich anzuschaffen, ohne das ganze Werk kaufen zu müssen. Alles in Allem würde es nun erfreulich sein, wenn die zukünftige Entwickelung der medicinischen Publicistik solche „Systeme“ von der Bildfläche verschwinden liesse.

Mit Nothwendigkeit schliesst eine solche Eintheilung die Möglichkeit einer continuirlichen Gedankenfolge und die Berücksichtigung der zwischen einer und der anderen erkrankten Region bestehenden Beziehungen aus und — was noch schlimmer ist — sie macht die Besprechung der allgemeinen Aetiologie fast ganz unmöglich. Wie will der Laryngologe, der an solch einem Werk mitarbeitet, in verständiger Weise die Aetiologie der Tuberculose, des Krebses oder der Syphilis oder die Therapie einer dieser Krankheiten besprechen? Und wenn er sich dazu versteht, wie will er zeigen, dass pathologische Processe, die sich an allen Stellen mehr weniger gleichen, in der Nase auf bestimmte allgemeine Ursachen zurückzuführen sind, die der nächste Autor, wenn er beim Kehlkopf über dieselbe Krankheit schreibt, völlig ignorirt? Muss jeder Autor, wenn er sein Thema ausführlich und verständig bearbeiten will, seine eigene Abhandlung über allgemeine Physiologie, Pathologie, Aetiologie und Therapie schreiben? Und wäre irgend ein Thema vollständig, ohne dass er diese Dinge behandelt? Es stehen ihm nur zwei Wege offen: Entweder er bescheidet sich und überlässt die allgemeine Behandlung dieser Schemata irgend jemand Anderm, der damit betraut wird. Wer das zu thun bereit ist, ist ungeeignet, in einem Lehrbuch über irgend einen Gegenstand zu schreiben. Oder er lässt das Vorhandensein jener oben genannten Beziehungen mehr oder minder gründlich ausser Acht. Es genügt zu sagen, dass für gewöhnlich das letztere Verfahren angewendet wird. Daher kommt dann auch der fragmentarische Charakter der betreffenden Kapitel, ihre verhältnissmässige Minderwerthigkeit und als Folge davon, das ephemere Interesse, das sie erregen.

Das ist der hauptsächliche, aber durchaus nicht einzige Nachtheil dieser „Systeme“. Das Ineinanderlaufen der Grenzlinien zwischen den Kapiteln, die Lücken, die zwischen ihnen bestehen, die Ueberhastung der Vorbereitungen, der Zwang, unter dem der Autor steht, entweder über ein Thema zu schreiben, für das er nur ein schwaches Interesse hat, oder die Ehre überhaupt abzulehnen: alles das sind Dinge, die uns wohlbekannt sind, von denen ich aber nicht weiss, wie wir ihr je ledig werden sollen, wenn nicht einmal ein unwilliger Widerspruch laut wird. Was gewöhnlich gar nicht in Betracht gezogen wird, das ist die schlechte Wirkung, die solche Unternehmungen auf die Autoren selbst ausüben. Sie müssen darauf verzichten, ihre Ideen mit der Unbeschränktheit zur Darstellung

zu bringen, die daseigentliche Wesen des menschlichen Geistes ausmacht und nicht selten kommen sie auf der Höhe ihres Lebens zu der Erkenntniss, dass sie ihre Gestaltungskraft gerade bei jenen Thematen aufgewandt haben, die sie die Profitwuth eines Winkelverlegers bearbeiten liess. Auf diese Weise wird ihr unheilbarer Einfluss auf das Denken in der Medicin ein höchst bedauerlicher.

Nachdem ich so mein Herz auf Kosten des Raumes, den der Herausgeber dieses Blattes so freundlich war, mir zur Verfügung zu stellen, genügend erleichtert habe, darf ich wohl mit einer über jeden Verdacht erhabenen Offenheit sagen, dass dieses Buch das beste von seiner schlechten Art ist. Es ist selten, dass so viele ausgezeichnete Männer innerhalb einer Nationalität sich bereit finden, sich den ihnen in Bezug auf Raum und Gedanken auferlegten Beschränkungen zu unterwerfen. Zweifellos haben diese Beschränkungen zu einer Gedrungenheit im Inhalt und Form geführt, die in mancher Beziehung dem Leser angenehm sein kann, die ihm aber nur einen dürftigen Ersatz bietet für das, was ihm gerade bei der Erklärung specieller mechanischer Dinge durch so hervorragende Männer verloren geht. Vieles, was in Bezug auf die Unterlassungen zu verzeichnen ist, lässt sich in vollem Umfange rechtfertigen; selbst aber wenn man diese Zugeständnisse macht, hätte mehr Raum für Abbildungen, Untersuchungsmethoden, Instrumente, Specialtafeln, wie z. B. skiagraphische Aufnahmen eingeräumt werden müssen. Hat doch der letztere Gegenstand eine Bedeutung, z. B. für die Nebenhöhlenerkrankungen, erlangt, die hier nicht die gebührende Würdigung erfährt. Ein allgemeines Capitel über Physiologie der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs, einiges über das Thema von der Phonation könnte wohl an Stelle so ungewöhnlicher Dinge, wie es Maden in der Nase, Actinomycose der Tonsillen, Rotz etc. sind, treten. Ueber Anosmie und Parosmie, hysterische Aphonie, Gicht des Pharynx und all dergleichen schreiben zu müssen, ohne dass man den Raum und die Freiheit hat, der Aetiologie dieser Dinge auf den Grund gehen zu können, das fordert unser Mitgefühl und nicht unsere Kritik heraus. Das beschneidet und beschränkt die Entfaltung des Geistes, auf die jeder Mann der Wissenschaft ein Recht hat.

In dem Capitel über Nasenasthma und in dem über Heufieber halten sich Semon und Williams zwar fern von dem extremen Standpunkt, den viele Autoren ungefähr vor 10 oder 15 Jahren über diesen Gegenstand inne hatten; sie bringen aber, wie mir scheint, den Zweifel und die Verwirrung, in der man bezüglich der Aetiologie über das Verhältniss von Ursache und Wirkung hin und her schwankt, nicht gehörig zum Ausdruck. Es verhält sich wahrscheinlich nicht so, dass das Heufieber „gewöhnlich" durch den Reiz gewisser Pollenarten hervorgebracht wird. Es besteht alle Veranlassung zu der Annahme, dass dieser Reiz in vielen Fällen einen der Factoren darstellt, jedoch ist man weit entfernt die Mehrzahl der Fälle durch ihn erklären zu können. Niemals ist dies der einzige ätiologische Factor; bisweilen besteht sogar nicht einmal ein augenscheinlicher Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Pollen in der Luft und den gerade zu dieser Zeit vorherrschenden Heufieberfällen, während natürlich kaum von einer ätiologischen Verwerthung dieses Factums die Rede sein kann, wenn derselbe Symptomencomplex in

Jahreszeiten und an Stellen auftritt, wo es weder Heu noch andere pollentragende Pflanzen giebt. Indem die Verfasser dem unbekannten allgemeinen Factor eine hervorragende Rolle einräumen, der unbestimmten neurotischen Einflüsse in erster und des localen Nasenbefundes erst in letzter Linie Erwähnung thun, tragen sie viel dazu bei, das Sägen und Brennen der Nasenschleimhaut zu discreditiren, durch das ebenso das Naseninnere wie die rhinologische Literatur verschimpfirt zu werden pflegt; jedoch scheint mir, dass auf die Pollentheorie zu viel und auf die — den localen peripheren Reizungen zu Grunde liegenden — moleculären Störungen im sympathischen Nervensystem zu wenig Werth gelegt wird. Die ausgesprochene Vorliebe, mit der das Heufieber wohllebende und schwerfällige, aber nicht unthätige Reiche befällt, ist ein Zeichen, das darauf hinweist, dass zwischen der Form menschlicher Energie, die sich in der Erwerbung von Reichthümern äussert, und der Erwerbung des Heufiebers ein Zusammenhang besteht. Mannigfache Dinge führen dazu, die durch diesen Gleichgewichtsverlust freigewordene Energie zur Entladung zu bringen und es scheint mir zum mindesten ein Versehen, wenn man sagt, dass Heufieber oder Asthma oder selbst Niessparoxysmen gewöhnlich durch den Reiz verschiedener Pollenarten hervorgebracht werden. Diese irrige Richtung, die in allen Büchern über diesen Gegenstand zu Tage tritt, hat ihren Grund in der unwiderstehlichen Versuchung, Nachdruck und Bedeutung auf bekannte oder auch nur vermuthete greifbare Factoren zu legen, weil unbestimmte und unbekannte Factoren hervorzuheben und zu erörtern sich nur wenig Gelegenheit bietet, selbst wenn diese, wie im vorliegenden Fall, fundamentaler Natur sind.

Heufieber und Nasenasthma und Nasenpolypen kommen häufig zusammen vor. In einigen — sehr seltenen Fällen — genügt die Entfernung der Polypen zur Heilung der Neurose, so wie man einen festgefahrenen Wagen durch Abladen der Last flott macht. In diesen Fällen jedoch kommt vorgerücktes Alter oder Abnahme irgend eines anderen fundamentalen Einflusses vor der Operation in Betracht. Die Krankheit fällt in den meisten Fällen in die Zeit der Vollkraft des Nervensystems, d. h. des 25.—45. Jahres. Sie findet sich in Familien mit anderen Zeichen einer gezügelten oder ungezügelten nervösen Energie. Die langsam schleichende Zeit untergräbt diese verborgene Quelle der Energie, und wenn die pathologischen Gewebsveränderungen, die eine Folge, aber in Wirklichkeit nicht die Ursache des vasomotorischen Aufruhrs waren, beseitigt sind, wenn für die verschiedenen nasalen Functionen in Folge dessen normalere Bedingungen wiederhergestellt sind, dann verschwinden Heufieber und Asthma. Die Nasenpolypen werden gewöhnlich schon lange entdeckt bevor die Anfangssymptome des Heufiebers in der Anamnese dieser Fälle verzeichnet werden. Sie entstehen in Folge der wiederholten Schädigung des Bindegewebes durch die häufige Ueberfluthung mit dem aus den erschlafften Wandungen der kleinen Arterien ausgetretenen Serum. Diese Gefässerschlaffung ist eine Folge der vasomotorischen Lähmung, die durch die Stürme im sympathischen Nervensystem bedingt ist. Die Polypen vermehren das Uebel, sind aber nicht dessen Quelle. Man entferne die Polypen, man schicke den Patienten auf die Berge oder auf die See, man thue, was man wolle: der Erfolg ist nur ein ausnahmsweiser oder ein unvollkommener, weil der fundamentale nervöse Factor nicht beseitigt ist. Er ist die Quelle des Uebels.

Tilley empfiehlt in seiner Bearbeitung des Highmorshöhlenempyems in Fällen nicht dentalen Ursprungs den Weg durch die Fossa canina als Operationsverfahren. Es scheint wohl, dass in jenen seltenen Fällen von uncomplicirter Antrumeiterung, in denen man von einer ausgedehnten Operation absehen kann, die allgemeine Meinung für die Anwendung des ausschliesslich intranasalen Verfahrens ist; wenn jedoch der Zugang durch die Fossa canina gewählt wird, ist zweifellos eine permanente Oeffnung in der inneren nasalen Antrumwand einer permanenten Perforation, die in die Mundhöhle führt, vorzuziehen. Nachdem so die Höhle ausgeräumt ist, würde es ein Rückschritt sein, wenn man die Eingangsöffnung für Spülungen offen liesse, anstatt für diesen Zweck eine Oeffnung anzulegen, die in die Nasenhöhle führt und das Loch in der Fossa canina so bald als möglich zu schliessen. Im Ganzen ist die Chirurgie der Nebenhöhlen nur unzulänglich behandelt, ausser was die Stirnhöhle betrifft. Eine isolirte chronische Stirnhöhleneiterung und eine isolirte chronische Oberkieferhöhleneiterung sind verhältnissmässig seltene Vorkommnisse, abgesehen von den dentalen Oberkieferempyemen; sie sind leicht zu behandelnde Dinge und werden hier in hinreichender Weise erörtert. Nicht so die Fälle von combinirten Nebenhöhlenerkrankungen und von Pansinusitis; diese sind es, die an ein geschultes und gesundes Urtheil und ein operatives Geschick Anforderungen stellen, wie sie kaum bei Erkrankungen irgend einer anderen Körperregion an uns herantreten. Eine Klasse von Operateuren ist in solchen Fällen dreist drauflosgegangen, wo selbst ein Engel nur mit Zagen vorwärtsschreiten sollte; jedoch das letzte Wort über den Gegenstand ist noch nicht gesprochen. Mangel an Raum kann allein als Erklärung dafür dienen, dass Tilley es unterlassen hat, das Thema in das rechte Licht zu setzen, denn keiner von seinen Landsleuten ist besser geeignet, den Stoff zu bearbeiten als er.

Die Abtragung der Tonsillen, wie sie Semon und Williams beschreiben, ist eine Operation, auf die in Amerika sehr viel mehr Sorgfalt und Kunst verwendet wird. Das adenoide Gewebe wird hier von den jüngeren Operateuren mit einer Sorgfalt und Gründlichkeit entfernt, die das von den Autoren hier beschriebene Verfahren vermissen lässt. Die Abtrennung der Gaumenbögen von der Tonsille, das Nachinnenziehen dieser durch Haken an Stelle des Nachaussendrückens mittels äusseren Druckes, der Entfernung in Aethernarkose mittels der Schlinge, alles das scheint mir vor den älteren Methoden, wie sie scheinbar von Semon und Williams noch heute geübt werden, ausgesprochene Vorzüge zu haben.

Die Verfasser nahmen Bezug auf einen von mir mitgetheilten Fall von Mandelactinomycose; sie erwähnen seiner in Verbindung mit hier von Ruge berichteten Fällen von „actinomycesähnlichen Körperchen“ in den Tonsillen sowie eines tödtlich verlaufenen Falles von Actinomycose des Gehirns, bei dem sich eine ähnliche Erkrankung der Tonsille fand. In dem Vorhandensein von Actinomycespilzen bei meinem Fall mit gleichzeitigem Zerfall des lymphatischen Gewebes und der im Ganzen gutartigen Natur des Falles kann man ein Bindeglied finden, zwischen den Ruge'schen Fällen und dem von Lesin, wo die Eingangspforte in der Tonsille war, der destruirende Process sich aber anderer Stelle abspielt. Seitdem es definitiv nachgewiesen worden ist, dass es mehr als zwanzig Arten von Actinomyces giebt, die meist gutartig sind und sich alle ausser durch ihre Morphologie und

das Culturverfahren nicht von einander unterscheiden, kann ich nicht umhin, anzunehmen, dass die „actinomycesähnlichen Körperchen" die bei der Mikroskopie der Tonsillen ein so gewöhnlicher Befund sind und deren Vorkommen sich stricte auf die Krypten beschränkt, in Wirklichkeit nur Saprophyten oder doch wenigstens gutartige, nicht in die Tiefe dringende Abarten der grossen Familie der Strahlenpilze darstellen. In meinem eigenen Fall fand sich die Geschwulst unter dem Epithel und in erheblichem Abstand von diesem, aber zum mindesten während eines Jahres trat keine Metastasenbildung zu Tage. Es stimmt das durchaus überein mit dem, was wir über die Biologie der Gruppe der Strahlenpilze wissen und mit den allgemeinen Principien der Biologie.

Ich constatire mit Vergnügen, welchen Nachdruck Semon und Williams auf die Ruhigstellung des Kehlkopfs bei der Behandlung der tuberculösen Laryngitis legen, denn es entspricht diese Forderung einem der Hauptprincipien der Phthisiotherapie. Während aber das absolute Schweigegebot in den empfohlenen Heilplan aufgenommen ist, erfahren andererseits auch viele der alten Methoden des Curettirens, des Auskratzens, des Pinselns mit mehr oder minder reizenden Mitteln Billigung. Es ist schwer verständlich, wie derartige Maassnahmen mit der Ruhe, die dem Kehlkopf auferlegt werden soll, vereinbar sind. Der Gedanke, irgend ein Mittel könne so weit eindringen, irgend eine Operation so tief wirken, dass dadurch die Tuberkelbacillen in dem submucösen Gewebe ausgerottet werden könnten, hat eine Stütze durch zahlreiche Enthusiasten gefunden, die wohl von der Empfindung beherrscht wurden, dass wir doch in Wirklichkeit nicht gut, ohne uns selbst herabzusetzen, Angesichts einer solchen Erkrankung die Hände falten und sagen dürfen: Requiescat in pace. Und doch hat, wie der logische Verlauf der Dinge in der Phthisio-Therapie ergab, sich diese Haltung als die richtige erwiesen.

Interessant ist es, den Glauben der Autoren an die „Mischerkrankungen" von Syphilis und Tuberculose zu constatiren. „Gemischt" ist häufig die Ansicht des Beobachters bezüglich der Diagnose, ob es die Krankheit jemals ist, erscheint fraglich.

Das Vorkommen glatter tuberculöser Tumoren wird verständigerweise erwähnt und vor den häufigen diagnostischen Irrthümern gewarnt, zu denen sie Anlass geben. Aus meiner ansehnlichen Erfahrung in der speciellen und mikroskopischen Diagnostik heraus kann ich nur wiederholt sagen, dass die Wichtigkeit dieser Thatsache in den Lehrbüchern gewöhnlich nicht den Platz angewiesen erhält, den sie verdient. Solch ein aussergewöhnlicher Tumor hat oft Jahre hindurch bestanden, ohne dass er irgendwelche besonderen Symptome macht oder irgendwelche anderen Anzeichen von Tuberculose vorhanden sind. Kommt dann die Natur der Geschwulst durch die mikroskopische Untersuchung an's Licht, so bedeutet dies gewöhnlich für den klinischen Beobachter eine völlige Ueberraschung.

Die Stellung, die Sir Felix Semon bezüglich der intralaryngealen Operation zur Stückchenentnahme zwecks mikroskopischer Untersuchung bei malignen Tumoren einnimmt, ist wohlbekannt. Ich stimme völlig mit seiner Ansicht überein, und soweit ich aus der grossen Zahl solcher Probestückchen, die mir von Amerikanischen Laryngologen zur Untersuchung unterbreitet wurden, schliessen

kann, ist die Mehrzahl dieser frei von der Befürchtung, durch eine Umwälzung in den biogenetischen Verhältnissen der Kerne eine Umwandlung gutartiger in bösartige Tumoren hervorrufen zu können. Weder Zange, noch Caustik, noch Messer haben solch eine umwandelnde Kraft. Ganz abgesehen von modernen Theorien, ist es schwierig angesichts der vor einigen 20 Jahren von Semon zusammengestellten Statistik zu verstehen, wie einige Beobachter klinische Thatsachen, die der Semon'schen Ansicht zu widersprechen scheinen, ohne hinreichende kritische Analyse acceptiren konnten.

Es war zu erwarten, dass das Capitel über maligne Kehlkopfkrankheiten von Semon und Williams von hervorragendem Werth für den allgemeinen Practiker sein würde. Auch wer eine noch so ausgedehnte Erfahrung hat, wird in Bezug auf die Differentialdiagnose werthvolle Winke finden. Trotz der glänzenden von Semon, Chevalier Jackson, Gluck erzielten Resultate bin ich langsam zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Frage, ob Operation oder nicht, gewöhnlich nach der Psychologie des Operateurs entschieden wird, dass sie jedoch gewöhnlich fast ausschliesslich nach der Psychologie des Patienten entschieden werden sollte. Ich will keineswegs leugnen, dass man gelegentlich einen Fall in einem Stadium zu Gesicht bekommt, wo die Rathsamkeit einer Thyreotomie nicht fraglich sein kann. Es würde interessant sein, zu erfahren, in welchem Zahlenverhältniss die von Sir Felix Semon operirten Fälle zu der Gesammtzahl derer steht, die er überhaupt gesehen hat, und wie viele die von ihm vorgeschlagene Thyreotomie verweigert haben. Ich habe einen Mann mit Kehlkopfkrebs länger als 12 Jahre lang ohne Beschwerden leben sehen ohne Radicaloperation. Ich habe mehrere gesehen, die länger als 5 Jahre lebten. Wenn ein Mensch, nachdem man ihm gesagt hat, dass er an einem Kehlkopfkrebs leide, der eine schwere Operation nothwendig mache, sich mit Gier an diesen Rath klammert, würde es grausam sein, ihm — zwar nicht die Aussicht auf Leben und Wohlbefinden — aber doch jene Hoffnung zu rauben, die „ewig spriesset in der Menschen Brust" und die durch den mehr oder minder unmittelbaren Erfolg der Operation gewährt wird. Im Geheimen flüstern wir uns selbst zu, dass alles in allem der Tod infolge der Operation bei weitem nicht die böseste der Möglichkeiten ist. Unter diesen Umständen soll der Patient, nicht der Chirurg, zur Operation drängen.

Die stürmischen Erörterungen, die vor 10 Jahren um die Frage der Kehlkopflähmung tobten, haben sich gelegt, nicht weil das Interesse, das sie erweckte, schliesslich dazu geführt hätte, die vielen dunklen Punkte in der Innervation des Kehlkopfs und ihren krankhaften Zuständen aufzuklären, sondern augenscheinlich infolge einer durch die Hitze des Streites bedingten Erschöpfung. In den ersten Lieferungen der vorliegenden Auflage war infolge eines Versehens der wichtige Beitrag Rosenbach's, der zu dem allen älteren Laryngologen denkwürdigen Conflict führte, nicht erwähnt; als die Autoren, Semon und Williams, nachdem das Buch die Presse verlassen hatte, dieses Versehen bemerkt hatten, wurde in den späteren Abdrücken die versehentliche Unterlassung richtig gestellt. Mit Ausnahme des Saundby'schen Falles, in dem die Erweiterer des Kehlkopfs bei einer Erkrankung des N. recurrens infolge Oesophaguscarcinom zuerst betroffen wurden, sind unsere klinischen Kenntnisse in den letzten 10 Jahren wenig, unsere

physiologischen Kenntnisse kaum mehr bereichert worden. Jedoch ist die Uebersicht Semon's, der selbst als Hauptrufer im dichtesten Kampfgewühl stand, bündig, vollständig und werthvoll.

Die in dem Saundby'schen Fall constatirte Ausnahme erschüttert das Rosenbach-Semon'sche Gesetz, das uns gelehrt hat, beim Beginn einer Erkrankung der Kehlkopfnerven oder seiner Centren stets zuerst eine Posticuslähmung zu erwarten. Der Versuch der Verfasser, diese singuläre Erscheinung durch eine chemisch-physiologische Differenzirung zu erklären, dürfte kaum mehr Licht bringen, als der alte tautologische Ausdruck: „grössere Vulnerabilität". Es könnte kaum etwas anderes, als ein göttliches Eingreifen bedeuten.

Im Ganzen genommen sind die Capitel über Kehlkopfkrebs und Kehlkopfneurosen vortrefflich. Diejenigen über Bronchoskopie und Trachealkrankheiten sind verhältnissmässig umfangreicher als gewöhnlich, was durchaus recht ist.

Es sind noch einige Druckfehler oder Irrthümer in Bezug auf Namen zu erwähnen, so Goodall anstatt Goodale auf Seite 285.

Jonathan Wright (New York).

---

b) Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

Sitzung vom 18. Februar 1908.

A. Castex: Schwere Parasyphilis des Larynx.

C. stellt einen 44jährigen Mann vor, den er seit einem Monat in Beobachtung hat. Die Krankheit soll nach Aussage des Patienten seit 2 Jahren bestehen. Epiglottis, Vestibulum laryngis und ein Theil der Zungenbasis sind von grossen grauen Fungositäten eingenommen, die die Gegend ganz unkenntlich machen. Patient hat im Jahre 1887 einen harten Schanker gehabt. C. hält die vorliegende Erkrankung für eine „parasyphilitische Affection" des Kehlkopfs, dabei denkt er aber an die Möglichkeit einer Umwandlung in Epitheliom. Bisher sind nur antiseptische Inhalationen gemacht worden; sollte jene Umwandlung aber stattgefunden haben, so soll die Tracheotomie gemacht werden.

Cauzard: Nasenrachenpolyp.

C. stellt einen im Jahre 1900 von Le Bec wegen Nasenrachenpolypen operirten Kranken vor, der im Jahre 1902 und Ende 1903 von ihm selbst wieder operirt worden ist. Das letzte Mal wurde auch der linke Sinus maxillaris eröffnet, aber frei befunden. C. hat ihn 1904 der Gesellschaft auf dem Wege der Heilung vorgestellt. Jetzt ist wieder ein grosser Polyp in der linken Nasenhöhle und der Choanalgegend vorhanden. Patient ist infolge häufiger Blutungen sehr anämisch geworden. C. ist geneigt, die Rhinotomie nach der Methode Moure's zu machen.

Georges Laurens hat mehrere derartige Fälle operirt; er findet, dass man den besten Zugang mittels der sublabialen Methode erhalte. In einigen Fällen hat er damit die temporäre oder definitive Resection der aufsteigenden Oberkieferapophyse verbunden. Er hält dies für die bei kleinen Nasenrachenpolypen mit grossen intranasalen Fortsätzen angezeigte Methode.

Furet hat einen Fall mit Hülfe von Lubet-Barbon nach dessen Methode operirt. Es ging alles gut, bis am 4. Tage eine sehr heftige Nachblutung auftrat.

Castex hat vor 4 Jahren einen 16jährigen jungen Mann an einem Nasenrachenfibrom operirt. Er schien geheilt, bis vor einem Monat plötzlich eine Erkrankung des rechten Auges eintrat, die dessen Enucleation nöthig machte; es stellte sich heraus, dass es sich um eine fibröse oder eine fibrosarkomatöse Masse in der rechten Orbita handelte, die mit der Nase nicht in Zusammenhang stand.

Cauzard: Acute fistulöse Stirnhöhleneiterung. Resection der ganzen Vorderwand des Stirnbeins und der inneren Partie der beiden Orbitalränder.

Unter hohem Fieber trat nach heftigem Schnupfen Oedem der rechten Stirnhöhlengegend und des Augenlides ein. Ein Chirurg machte eine Incision und es entleerte sich stinkender Eiter. C. diagnosticirte eine Sinusitis fronto-maxillaris. Er eröffnete zunächst die Stirnhöhle, fand die Vorderwand perforirt und nekrotisirt und legte in die sehr grosse Höhle ein Drain ein. Nach 14 Tagen wird à froid die Radicaloperation gemacht. Es wird die Vorderwand, das Orbitaldach resecirt, ausserdem aber die inneren zwei Drittel des Orbitalrandes, der Orbitalfortsatz des Stirnbeins. Da das Septum zwischen den beiden Stirnhöhlen perforirt und auch die linke Höhle mit Granulationen angefüllt gefunden wurden, so trug C. auch die Vorderwand der linken Höhle und ein Drittel des linken Orbitalrandes ab. Die Oberkieferhöhle wurde nach Caldwell-Luc operirt. Seit einem Jahre völlige Heilung.

Cauzard stellt ein 8jähriges Mädchen, das hämophil ist und bei dem er die submucöse Septumresection gemacht hat, vor. Die Blutung stand auf Anwendung von Chlorcalcium. Functionelles Resultat gut.

Grossard: Vorstellung von Kranken.

1. Fall von totaler Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand.

Fall von hereditärer Syphilis. Es besteht nur eine kleine ulceröse Perforation als eine Communication mit dem Nasenrachenraum.

2. Schwere syphilitische Zertörungen in Nase und Rachen.

Totaler Verlust des Septums, der Muscheln und des harten Gaumens; der Oberkiefer ist zum grössten Theil destruirt, der Alvealarfortsatz verschwunden.

3. Tumor des aufsteigenden Oberkieferfortsatzes.

34 Monate altes Kind; der Tumor ist haselnussgross. Da das Kind eine tuberculöse Osteitis des rechten Humerus hat, so dachte G. an einen kalten Abscess; die Punction war negativ.

Sitzung vom 10. April 1908.

Robert Foy: Funtionelle nasale Impotenz. Behandlung mittels Erziehung.

F. berichtet über 5 Fälle, deren einen er persönlich beobachtet hat, alle Frauen betreffend, die früher an Nasenverstopfung gelitten hatten und seit Jahren,



obwohl die Nase vollkommen frei ist, Erstickungsanfälle bekommen, sobald sie die Nasenathmung versuchen. Drei von den Frauen weisen einige hysterische Stigmata auf; die beiden anderen nicht. Die letzteren beiden wurden in einigen Tagen mittels Erziehung geheilt. F. hält das Ganze für eine leichte Psychose.

Guisez: Grosser Cricotrachealpolyp. Abtragung mit directer Tracheoskopie. Heilung.

Der Tumor hat die Grösse einer Kirsche und ist zweigelappt. Es war dem Patienten eine Thyreotomie vorgeschlagen worden. Der Stiel des Tumors sass am unteren rechten lateralen Theil des Ringknorpels, ging bei der Inspiration in die Trachea und wurde bei der Exspiration nach oben geschleudert. Es bestanden ausgesprochene Erscheinungen von Athemnoth. Unter Anwendung des Röhrenspatels gelang die Abtragung des Tumors leicht.

Hautant: Der chronische Cocainismus mit nasaler Anwendung,

Es sind einige derartige Fälle von Sollier beobachtet worden. H. hat eine Kranke beobachtet, bei der so starke Cocainmanie bestand, dass sie täglich 10 g verbrauchte. Ausser den allgemeinen Intoxicationssymptomen war als localer Befund eine oberflächliche Geschwürsbildung am Naseneingang zu constatiren, die mit der Unterdrückung des Giftes schnell verschwand.

Lubet-Barbon hat häufig bei Cocainomanen eine Perforation des Septums constatiren können, was sich durch die vasomotorische, eine Anämie herbeiführende Wirkung des Cocains erklären lässt. Die Gewebe werden infolge der Anämie in ihrer Vitalität geschädigt und infolge einer Art von Gängrän tritt die Perforation ein.

Paul Laurens: Hirnabscess infolge chronischen doppelseitigen Stirnhöhlenempyems.

Die hintere Stirnhöhlenwand wurde intact, die Meningen normal befunden: man muss eine Infection auf dem Blut- oder Lymphwege annehmen. Der Eiter enthielt Pneumokokken. Die Symptome waren: Verlangsamte Hirnfunction, die an Coma hätte glauben lassen können, Pulsverlangsamung auf 48. Beide Symptome verschwanden nach Eröffnung des Abscesses. Obwohl der Abscess den Stirnlappen einnahm und die Grösse einer Mandarine hatte, kehrten die Hirnfunctionen zur Norm zurück. Die Eröffnung der Abscesshöhle muss sehr ausgiebig sein, mittels eines starken Drains drainirt und der Verband zweimal täglich erneuert werden.

Brindel.

---

c) Société Française de Laryngologie.

Mai 1908.

Brindel (Bourdeaux): Empyeme bei Grippe.

B. unterscheidet die Empyeme bei Grippe nach ihrer Virulenz und infectiösen Natur wesentlich von den Empyemen gewöhnlichen Ursprungs. Er hat 7 Fälle beobachten können und ist selbst daran erkrankt gewesen. Diese Empyeme sind contagiös. Sie sind charakterisirt durch einen Ausfluss, der anfangs sero-

sanguinolent ist, später eitrig wird, ausserordentlich reichlich und von heftigen periorbitalen Schmerzen begleitet ist. Man constatirt allabendliche Zunahme der Symptome, Osteitis der Wandungen, Einfluss auf den Allgemeinorganismus, den Magendarmcanal, die Bronchien und die Ohren. Die mittlere Dauer der Affection beträgt 14 Tage. Symptomatische Behandlung. Prognose im Allgemeinen günstig.

Raoult (Nancy): Sarkom der Nasenhöhle. Stirnhöhlenempyem. Operation. Zehn Jahre dauernde Heilung.

Es handelte sich um ein 15jähriges Kind, bei dem man im Jahre 1901 die linke Nasenhöhle von einer graufarbigen, mit Eiter bedeckten Masse ausgefüllt fand. Klinisch bestanden alle Zeichen für Sarkom, die histologische Untersuchung eines Fragments ergab jedoch ein negatives Resultat. Als die Symptome einer linksseitigen Stirnhöhleneiterung auftraten, wurde die Höhle geöffnet; die Incision wurde durch die Nélaton'sche ergänzt und von der Oeffnung aus der Tumor curettirt. Nach 2 Jahren Recidiv. Der Kranke starb 1907.

Lavrand (Lille): Zwei Fälle von Nasenrachenpolypen. Histologische Untersuchung.

Fall I. 14jähriges Kind, dessen Nasenrachen von einem Polypen ausgefüllt war, der die Grösse einer Nuss hatte und von der rechten Choane entsprang. Abtragung mittels einer gekrümmten Zange unter Leitung des linken Zeige- und Mittelfingers. Keine Blutung. Heilung innerhalb weniger Tage mit vorübergehender Lähmung der rechten Gaumensegelhälfte. Histologisch bestand der Tumor aus jungem Bindegewebe und einem reichen Netz von Capillaren und kleinen Venen, was ihn von gewöhnlichen Polypen unterschied.

Fall II. Kleiner langer, dünner Polyp, der mittels der kalten Schlinge entfernt wurde. Histologisch: Polyp, der aus entzündetem lymphatischem Gewebe mit tiefen Einsenkungen nach Art der Mandelcrypten bestand.

Texier (Nantes): Ueber die Insertionsstelle der Nasenrachenpolypen.

Zwei Fälle. In dem ersten inserirte der Stiel des Polypen unmittelbar über der Choane, etwas nach hinten davon. Im zweiten Fall konnte man constatiren, dass der Tumor im Niveau der linken Hälfte des Keilbeins sass. Es geht daraus hervor, dass die Annahme von dem klassischen Ursprung der Geschwülste von dem Gewebe der Cartilago fibro-basilaris ungenau ist und dass der Ursprung häufig am Keilbein resp. am oberen Rand der Choane sich befindet.

Chavanne (Lyon): Fremdkörper der Oberkieferhöhle.

Es handelte sich um Stück Zahnwurzel, das wahrscheinlich bei einer Zahnextraction hineingerathen war.

Jacques (Nancy): Pathologische Anatomie und Behandlung der fibrösen Nasenrachenpolypen.

In 5 von J. beobachteten Fällen war die Insertion rein nasal. Der Stiel sass stets am Nasendach über der Keilbeinhöhle. So erklärt sich das Befallensein der

Nase, der Sinus und besonders der Keilbeinhöhle, ebenso wie das Hindurchwachen durch die Lamina cribrosa. Verf. betrachtet den naso-maxillaren Weg als den rationellsten zur Entfernung des Tumors.

Jacques (Nancy) und Mathieu (Challes): Ueber die Behandlung der widerspenstigen Nasensynechien.

Verf. wenden mit Erfolg folgendes Verfahren an:

1. Perforation der Basis der Synechie mit dem Galvanokauter in sagittaler Richtung.

2. Nach Verschwinden des Aetzschorfes Fixation eines Elfenbeinpflöckchens in Form eines Hemdenknopfes, das bis zur vollkommenen Epidermisirung der Oeffnung (20 Tage) liegen bleibt.

3. Durchtrennung der künstlich hergestellten brückenförmigen Synechie mit dem Galvanokauter von oben nach unten. Nachbehandlung wie bei den gewöhnlichen brückenförmigen Synechien.

Bonain (Brest): Allgemeine Narkose für kurzdauernde Eingriffe.

B. verwendet eine Mischung von gleichen Theilen Chloräthyl und Chloroform.

Dupond (Bordeaux): Epitheliom des Nasenrachens.

50jähriger Mann. Die linke Hälfte des Nasenrachens ist eingenommen durch eine granulirende Masse, die das Gaumensegel nach vorne drängt. In der Parotisgegend grosse Drüsen; eine andere weniger grosse Drüse an der Carotis. Die histologische Untersuchung zeigt, dass es sich um einen epitheliomatösen Tumor handelt.

Luc (Paris): Anwendung der localen Anästhesie zur Radicalbehandlung des Oberkieferempyems.

Aufpinselung einer Cocain-Adrenalinlösung auf die Schleimhaut der unteren Nasenganges, Injection einer Lösung von 1 : 1000 unter die Schleimhaut der Fossa canina; Einführung eines mit letzterer Lösung getränkten Gazestreifens in die Höhle nach deren Eröffnung.

Mignon (Nizza): Grosse Mandelsteine.

Der Stein maass $2^1/_2$ cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite und 1 cm Dicke; sein Gewicht betrug circa 5 g. Der Kranke klagte nur über geringe, seit langer Zeit bestehende Schluckbeschwerden.

Jacques (Nancy): 1. Peritonsilläre Phlegmone tödlich verlaufend infolge Thrombose des Sinus cavernosus.

Der 46jährige Patient wies Zeichen einer rechtsseitigen Peritonsillitis auf. Frühzeitige Incision mit dem Galvanokauter; Entleerung von Eiter. Einige Tage darauf Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Auftreten von Zeichen von Septicämie; Tod am 7. Tage in Coma mit Symptomen von linksseitiger Thrombose des Sinus cavernosus. Die Autopsie ergab: Thrombophlebitis des Sinus cavernosus und coronarius, Osteomyelitis der Sella turcica; Basalmeningitis und einen encephalitischen Herd in der Rinde.

2. Ueber die Jodbehandlung der Rachenulcerationen.

Infolge der Jodausscheidung durch den Speichel wird eine fortwährende antiseptische Berieselung der Geschwüre in Mund und Rachen bewirkt. Auf Grund früherer Untersuchungen, die er über diesen Gegenstand angestellt hat, empfiehlt er interne Jodmedication gegen tuberculöse Erscheinungen in Mund- und Rachenhöhle.

Trétrôp: Die Stimmbandparesen bei der Grippe.

Im Verlauf einer Grippe-Epidemie hat T. sechs Fälle von Stimmbandparese als Folge dieser Infectionskrankheit beobachtet, nachdem alle entzündlichen Erscheinungen vollständig verschwunden waren. T. erklärt diese functionelle Störung durch die Wirkung der Grippe-Toxine auf die motorischen Nerven.

Trétrôp: Nasenstörungen bei Sängern.

Auch geringfügige Affectionen der Nase können infolge der wichtigen Rolle, die diese beim Gesang spielt, sehr erhebliche Störungen bei Sängern bewirken. Bei der Behandlung dieser Affectionen hüte man sich vor energisch wirkenden Mitteln.

Collet (Lyon): Kehlkopfstörungen bei Friedreich'scher Krankheit.

Während 5 Jahren hat C. einen Fall von Friedreich'scher Krankheit beobachten können; er hat Laryxkrisen und bei der laryngoskopischen Untersuchung Motilitätsstörungen constatiren können. Die Larynxkrisen, die mehrere Male auftraten, manifestirten sich durch Schluckbeschwerden, Constrictionsgefühl, Einziehungen, Schweissausbruch, Pulsbeschleunigung etc.

Boulay und Le Marc Hadour (Paris): Bericht über Pharynxparästhesien.

Redner unterscheiden verschiedene klinische Formen: Die benigne Form, die die gewöhnlichen Fälle umfasst und durch ein Gefühl von gène charakterisirt ist, ohne dass es zu Beeinträchtigungen des Bewusstseins oder krankhafter Angst käme. In den schweren Fällen, in denen das Nerveusystem mehr betroffen ist (Neurasthenie, Psychasthenie), herrscht dieses psychische Element vor, können Conplicationen mit Tics, functionellen Phobien etc. bestehen. Die hysterischen Parästhesien nehmen einen besonderen Platz ein, sowohl bezüglich der Pathogenese, wie der Prognose und Behandlung. In pathologischer Beziehung ist der Ausgangspunkt der Parästhesien entweder eine sensorielle Illusion oder eine sensorielle Hallucination. Die Diagnose der pharyngealen Parästhesien ist im Allgemeinen leicht. Die Prognose hängt von dem Terrain ab, auf dem die Krankeit sich entwickelt hat, d. h. von der Suggestibilität des Patienten und seinem Wunsch, geheilt zu werden. Die Therapie kann je nach dem betreffenden Fall variiren, jedoch muss sie immer auf die neuropathische Anlage des Patienten Rücksicht nehmen.

Gaudier (Lille): Die Bier'sche Methode in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Die analgesirenden und umstimmenden Eigenschaften dieser Methode machen sie zu einem ausgezeichneten Linderungsmittel bei der Behandlung der tuber-

culösen Laryngitis. Dieselben Gründe indiciren die Anwendung bei acuten Tonsillitiden, einfachen und abscedirenden, ebenso wie bei der gewöhnlichen Coryza.

Massier (Nizza): Tuberculöse Perichondritis des Kehlkopfs; partielle Epiglottectomie; Ausstossung von Sequestern; Tracheotomie.

Der Patient war, ohne vorher behandelt zu sein, in das dritte Stadium der Larynxtuberculose gelangt. Durch die Abtragung der Epiglottis wurde die Dysphagie erheblich gebessert. M. befürwortet auch die Tracheotomie in diesem Kranhheitsstadium in dem Augenblick, wo infolge entzündlichen Oedems die Gefahr der Asphyxie besteht.

Mahu (Paris): Anwendung des selbsthaltenden Zungenspatels in der Laryngologie.

Das Instrument, das bei geöffnetem Munde die selbstthätige Fixation der Zunge gestattet und dem Chirurgen erlaubt, beide Hände zu gebrauchen, vereinfacht die Technik gewisser Operationen in Mund- und Rachenhöhle, wie die Tubage bei Diphtherie, Staphylorrhaphie, Uranoplastik, Exstirpation von Nasenrachengeschwülsten, Operation adenoider Vegetationen und Enucleation der Tonsillen.

Castex: Partielle Laryngectomie auf lateralem Wege.

Das Verfahren eignet sich besonders für die Epitheliome der hinteren Larynxwand. C. schafft sich einen Zugang von der linken Halsseite aus. Lange Incision auf die Platte des Schildknorpels, Freilegung des knorpeligen Kehlkopfskeletts von vorn nach hinten; Resection des oberen Schildknorpelhorns. Man incidirt darauf in verticaler Richtung die seitliche Pharynxwand und kommt auf die Hinterwand des Larynx.

Lafette-Dupond: Modification an der Operationstechnik der Thyrotomie.

Redner hat den Gedanken gehabt, die Kettensäge für die Durchtrennung des Schildknorpels zu gebrauchen; dieses Instrument soll der Scheere vorzuziehen sein, bei der der Schnitt oft unregelmässig ausfällt und bisweilen die Stimmbänder verletzt werden.

Lannois (Lyon): Zottentumor des Larynx.

Demonstration eines sehr weichen Tumor von der Grösse einer Kastanie, der das linke Stimmband einnahm. Wegen seiner Grösse und seiner Härte war es unmöglich, ihn auf endolaryngologischem Wege zu entfernen nnd man musste zur Thyreotomie schreiten. Der Patient, der 61 Jahre alt war, erlag am nächsten Tage einer Bronchopneumonie. Histologisch handelte es sich um ein Papillom mit Hypertrophie der Rete Malpighi und der Hornschicht.

Mathieu (Challes): Syphilis und Tuberculose.

Beobachtung eines Patienten mit Kehlkopf- und Lungentuberculose, bei dem sich ein Gummi der Nase entwickelte.

Lannois (Lyon): Regeneration einer Stimmlippe nach totaler Entfernung wegen Geschwulstbildung.

Demonstration einer stereoskopischen Aufnahme, die einen Larynx zeigt, bei dem die ganze rechte Stimmlippe sich regenerirt hat, nachdem sie wegen eines sehr circumscripten Epithelioms exstirpirt war.

Bichatou (Reims): Zwei Fälle von Schleimhautpemphigus, deren einer complicirt mit schweren Augenstörungen.

Fall I. 33jährige Frau. Seit 2 Monaten Halsbeschwerden. Es finden sich Pemphigusblasen auf der Schleimhaut des Mundes und des Rachens. Vier Monate später Auftreten von Blasen auf dem ganzen Körper; Tod in noch nicht einem Jahre.

Fall II. 38jähriger Mann. Pemphigus auf der Innenfläche der Wangen, des Gaumensegels und der Rachenwand, complicirt durch Xerose beider Augen.

Sebileau und Glover (Paris): Hyo-Thyrotomie wegen Papillomen bei einem 13jährigen Kind.

Operation vor circa 2 Monaten; 13 Tage nach der Operation Decanulement.

Moure: Man darf nicht zu schnell an die Heilung des Patienten glauben. Man sieht oft noch nach langer Zeit Recidive. Das einfache Tragen der Canüle scheint heilend zu wirken. Er berichtet über einen Fall, in dem die Papillome jedesmal recidivirten, wenn die Canüle geschlossen wurde.

Castex citirt einen gleichen Fall. Er glaubt an die wohlthätige Wirkung vollständiger Stimmruhe.

Trivas (Nevers).

---

d) Oto-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 28. Januar 1909.

Vorsitzender: E. Stangenberg.

N. Arnoldson zeigte mikroskopische Larynxpräparate, und zwar:

a) von Angioma cavernosum bei einer 35jährigen Frau,

b) von Fibroma laryngis bei einem 34jährigen Mann,

c) von Haematoma der Plica vocales bei einem 28jährigen Mann (Prediger); das Hämatom sah klinisch wie ein Sängerknötchen aus, und

d) von tuberculösen Infiltrationen im Larynx.

v. Rosen u. G. Holmgren. Fall von Fremdkörper im rechten Bronchus. Extraction. Heilung.

Ein $2^1/_2$jähriges Mädchen aspirirte um 6 Uhr Vorm. eine Kaffeebohne, unmittelbar danach lästige Hustparoxysmen und Atemnot. Status um 12 Uhr Vorm.: Keine Dyspnoe oder Cyanose, ruhige Athmung; Lunge normal, rechts überall schwaches vesiculäres Athmungsgeräusch. Um 6 Uhr Nachm. wurde der Fremdkörper aus dem rechten Bronchus extrahiert; einige Tage danach Stenosesymptome und rechtsseitige Bronchopneumonie. Heilung.

G. Holmgren: nach allgemeiner Narkose und Kokainisieren des Larynx und der Trachea wurde der Fremdkörper durch das eingeführte Bronchoskop entdeckt und ohne Blutung extrahiert; die Schleimhaut war deutlich angeschwollen und die Luft konnte nur an der flachen Seite der Bohne passiren.

G. Holmgren. Fremdkörper im Oesophagus. Extraction. Heilung.

Eine 30jährige Frau konnte seit 24 Stunden nur flüssige Speise schlucken, weil „ein Knochen im Hals stecken geblieben war". Sie klagte ausserdem über Schmerzen „tief in den Hals" in der Höhe der oberen Brustapertur. 24 cm von der oberen Zahnreihe wurde durch das Oesophagoskop ein sagittal stehender Knochen angetroffen, dessen hinterer Theil mit dem Tupfer, und dessen vorderer Theil, der in die vordere Wand des Oesophagus hineingedrungen war, mit einer Zange entfernt wurde. Heilung. Der 3 cm lange Knochen war nur beim Zurückziehen des tief eingeführten Oesophagoskops zu sehen.

G. Holmgren zeigte einen Fall von Larynxtuberculose bei einer jungen Frau, die mit gutem Allgemeinzustand an Lungenphthisis (I. u. II. Stadium) litt: der grössere Teil des Taschenbandes war infiltrirt und ulcerirt; Aphonie. In zwei Sitzungen wurde das Infiltrat mit der Curette entfernt; Heilung, die Stimme fast klar.

E. Stangenberg.

III. Briefkasten.

Zum 25jährigen Bestehen des Centralblatts.

Seit der Veröffentlichung des Berichtes in der Februarnummer ist von der American Laryngological Rhinological and Otological Association eine herzliche Glückwunschadresse eingelaufen, für welche wir auch an dieser Stelle unseren herzlichsten Dank auszusprechen wünschen.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, April. 1909. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **V. Delsaux. Vortheile der Decimalclassification in der Oto-rhino-laryngologie. (Avantages de la classification décimale dans oto-rhino-laryngologie.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 1. 1907.*

Befürwortung des Festhaltens und der Verbesserung dieser bibliographischen Classificationsmethode.

PARMENTIER.

2) **M. Lermoyez** (Paris). **Ueber die Bedeutung der rhino-laryngologischen Untersuchungsmethoden für die allgemeine Diagnostik. (De la valeur des explorations rhino-laryngelogiques pour le diagnostic général.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 6. 1908.*

Kurze retrospective Rundschau über die Vortheile, welche der allgemeinen Diagnose durch die Erfindung des Laryngoskops durch Garcia, die Begründung der Laryngologie durch Türck und die Verbesserung und Verbreitung der Methode auf der ganzen Welt erwachsen sind. Dank der neuen Explorationsmethoden, die wir hauptsächlich Killian verdanken, schliesst der Verf., beginnt und endet das halbe Jahrhundert, welches sich von Türck bis zu letzterem erstreckt, mit zwei gleich grossartigen Entdeckungen.

PARMENTIER.

3) **K. Kofler. Ein Fall von „Naevus Pringle" der Haut mit Teleangiectasien an den Schleimhäuten und wiederholten Hämorrhagien aus denselben.** (Aus der k. k. Univ.-Klinik f. Kehlkopf- u. Nasenkrankheiten des Hofraths O. Chiari in Wien.) (Festnummer anlässlich des I. internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Gutartige Tumoren der Haut und Schleimhaut, die familiär und hereditär auftreten und alle Uebergänge vom Naevus zum Angiom zeigen können. Der beschriebene Fall gehört in jene Gruppe, in der die Angiombildung vorherrscht.

HANSZEL.



4) J. Stein. **Mundhöhle, Nase und Hals in ihren Beziehungen zum Magen und Darm. (The mouth, nose and throat in their relations to the stomach and intestine.)** *The Laryngoscope. September 1907.*

Verf. bespricht die Complicationen des Typhus seitens der oberen Luftwege, die hyperämischen Zustände im Rachen bei Dyspepsien, bei chronischer Obstipation etc. Der Befund von grossen Mengen Indican im Urin hat ihm stets als wertvoller Hinweis für die Aetiologie manchen hartnäckigen Katarrhs gegolten. Besonders aufmerksam macht Verf. auf zwei Erkrankungen der Speisewege, deren Einfluss auf die Atmungsorgane er nach seinen Erfahrungen sehr hoch schätzt: Erstlich die Atonie des Magens und der Därme. In Folge der durch diesen Zustand bedingten Dilatation von Magen und Darm resultirt eine Enteroptose. Manche chronische Rhinopharyngitis, die jeder Behandlung trotzt, geht zurück, wenn die Atonie der Verdauungswege beseitigt ist. Ferner macht Verf. darauf aufmerksam, dass im Anfangsstadium eines Oesophaguscarcinoms bisweilen keine anderen Symptome bestehen wie Parästhesien im Pharynx. EMIL MAYER.

5) Ludvig Nielsen (Kopenhagen). **Pemphigus oris, pharyngis et laryngis, Seqvelae pemph. conjunctivae.** *Dansk dermatologish Selskab Hospitals-Tidende. No. 26. P. 780. 1908.*

Fall eines 56 jährigen Mannes. E. SCHMIEGELOW.

6) H. Rudberg. **Studien über die Thymusinvolution.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. S. 123. 1907.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

7) M. Cheval. **Untersuchungen über die Lymphocyten der Thymusdrüse. (Recherches sur les lymphocytes du thymus.)** *Bibliogr. Anat. T. 17. p. 189.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

8) Mac Lennan. **Experimentelle Untersuchung über Function der Thymusdrüse. (Experimental investigation into the function of the thymus gland.)** *N. Y. Medical Journal. 19. September 1908.*

Das Resultat der Experimente zeigt, dass die Thymusdrüse unnöthig für den Stoffwechsel ist, wenn die Schilddrüse fort ist; ist die Thymusdrüse entfernt, so genügt das Vorhandensein von weniger Schilddrüsensubstanz. Die Wichtigkeit der gegenseitigen Beziehung tritt zu Tage bei gewissen Krankheiten. So giebt es einen Typus von Basedow, wo auf die Exstirpation der Schilddrüse plötzlicher Tod folgt und wo die Section eine vergrösserte Thymus ergiebt. Eine Vergrösserung der Thymusdrüse wird auch — in manchen Fällen gewiss mit Recht — als Todesursache beim sogenannten Status lymphaticus angeschuldigt und nach der Entfernung der Schilddrüse führt die vergrösserte Thymus zu denselben Verhältnissen, wie beim sogenannten Thymustod. In Fällen von Basedow'scher Krankheit, in denen die Entfernung der Schilddrüse als zweckmässig erachtet wird, soll also nach Ansicht des Verf. zunächst der Zustand der Thymusdrüse berücksichtigt werden und falls diese vergrössert ist, soll ihre Entfernung der Thyreodectomie vorausgehen. LEFFERTS.

9) F. Gwyer. **Thymusdrüsenbehandlung bei Carcinom. (Thymus gland treatment of cancer.)** *N. Y. Medical Journal. 25. April 1908.*

Verf. berichtet über seine Versuche, die er mit Anwendung von getrockneter Thymusdrüse bei inoperabeln Fällen von Carcinom gemacht hat; es soll vorübergehende Besserung im Allgemeinbefinden zu constatiren gewesen sein.

LEFFERTS.

10) C. N. Dowd. **Technik der Frühoperation zur Entfernung tuberculöser Cervicaldrüsen. (Technique of early operation for the removal of tuberculous cervical lymph nodes.)** *N. Y. Medical Journal. 22. August 1908.*

D. empfiehlt äusserste Gründlichkeit bei der Entfernung; es sollten möglichst alle inficirten Drüsen entfernt werden. Die Incision soll ein Finger breit unter dem Kieferrand gemacht werden. Der N. facialis muss nach oben gezogen werden, der Sternocleidomastoideus nach hinten. Die V. jugularis interna muss bei der Entfernung der unteren Drüsengruppen vermieden werden. Die Drainage muss gründlich sein.

LEFFERTS.

11) **Aseptischer Oelzerstäuber.** *Med. Klinik. 5. 1909.*

Der Zerstäuber dient zur Anwendung von Menthol, Terpentin u. a. öligen Medikamenten (Louis & H. Loewenstein, Berlin, Ziegelstrasse 28).

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) Löhnberg (Hamm i. W.). **Ueber die Behandlung der Mundathmung und des chronischen Tubenverschlusses mit der Gaumendehnung nach Schroeder in Kassel.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1906.*

Der auf der 17. Sitzung der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte (26. Nov. 1905) gehaltene Vortrag in extenso (cf. dieses Centralbl. Bd. 22. 1906. S. 356).

ZARNIKO.

13) Vittorio de Cigna. **Die Nasenathmung und die Mundathmung. (La respirazione nasale e la respirazione boccale.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. Vol. XVIII. Heft 1 u. 2.*

Verf. will auf Grund einer klinischen Beobachtung und einer Anzahl von Experimenten einen Beitrag zu der Frage liefern, ob das physiologische Leben in einem Organismus bei ausschliesslich oraler Athmung möglich sei. Er beantwortet diese Frage mit einem „Ja", wenn es sich um einen mechanischen Verschluss im Innern der Nase handelt, wobei also die retronasalen Verstopfungen durch adenoide Vegetationen ausgeschlossen sind. Bei Letzteren seien die Veränderungen, die im Gefolge der behinderten Nasenathmung auftreten, zum Theil auf andere Ursachen zurückzuführen, z. B. die adenoide Intoxication (Masini, Genta), den Status lymphaticus etc. Im Uebrigen kann die Mundathmung völlig an Stelle der Nasenathmung treten, vorausgesetzt, dass der Organismus Zeit hat, sich an den neuen Athemmodus zu gewöhnen. Als physiologischer Act ist der Werth der Mundathmnng gleich dem der normalen Nasenathmung. Als physikalischer Act ist die Mundathmung — immer eine Periode der Gewöhnung vorausgesetzt — etwas

verschieden von der Nasenathmung und durch erheblich weitere Muskelexcursionen charakterisirt.

FINDER.

14) **Gutzmann** (Berlin). **Ueber systematische Uebungen des Mundschlusses.** *Med. Klinik. 45. 1907.*

Vielfache Versuche haben gezeigt, dass manche Kinder nicht deshalb Mundathmer waren, weil die Nase oder der Nasenrachenraum verlegt war, sondern weil die gesammte Schliessmusculatur des Mundes zu schlaff entwickelt war. Gutzmann lässt deshalb bei allen Fällen von chronischer Mundathmung ohne Nasenathmungshinderniss systematische Uebungen der Schliessmusculatur anstellen. Er hat in den letzten Jahren mit kleinen Instrumenten gearbeitet, welche den Angehörigen resp. den Kindern in die Hand gegeben werden konnten, älteren Kindern empfiehlt er auch unter Tags bei irgend welcher Beschäftigung ungefährliche Gegenstände zwischen den Lippen zu halten.

SEIFERT.

15) **Krönig** (Berlin). **Ueber einfache, nichttuberculöse Collapsinduration der rechten Lungenspitze bei chronisch behinderter Nasenathmung.** *Med. Klinik. 40, 41. 1907.*

Spitzeninduration, in deren Gefolge alle Zeichen der Tuberculose dauernd fehlen, dürfen wir klinisch nicht als tuberculös auffassen, selbst wenn eine probatorische Tuberculininjection eine leichte Reaction hervorrufen sollte.

SEIFERT.

16) **Karl Blümel** (Dresden). **Ueber Collapsinduration der rechten Lungenspitze bei chronisch behinderter Nasenathmung und ihre Differentialdiagnose gegen Tuberculose der Lunge.** *Münch. med. Wochenschr. No. 30. 1908.*

Gestützt auf das Material der Weicker'schen Lungenheilanstalten in Görbersdorf bespricht Blümel Symptomatologie, Pathologie, Diagnose und Therapie der einschlägigen Affection und kommt zu folgender Zusammenfassung: Es giebt eine typische Erkrankungsform der Lunge bei Individuen mit chronisch behinderter Nasenathmung, die zuerst von Krönig als solche beschrieben worden ist; sie besteht in fibröser Induration mit collaptiver Schrumpfung der rechten Lungenspitze und lässt sich zumeist gut gegen Tuberculose abgrenzen in Folge anamnestischer, klinischer und bakteriologischer Verschiedenheiten; event. ist die operative Therapie und das Tuberculin zur Sicherung der Diagnose heranzuziehen. Der negative Ausfall der probatorischen Tuberculineinverleibung (Conjunctival-, Haut- oder subcutane Reaction) ist als beweisend anzusehen, um Tuberculose auszuschliessen zu können. Der Krankheitszustand entsteht durch Staubinhalation; voraus gehen Katarrhe des Pharynx, Larynx, der Trachea und Bronchien, die in Folge der Ausschaltung der Nase als Schutzapparat des Respirationstractus entstehen. Die Lungenspitzen erkranken eher als andere Lungenpartien, die rechte eher als die linke in Folge anatomisch-physiologischer Verschiedenheiten. Die Erkrankung ist eine Form der chronischen, fibrösen, interstitiellen Bronchitis. Unter den therapeutischen Erörterungen dürfte der Vorschlag die Rachenmandel mittels der Glühschlinge zu entfernen, unter den Rhinologen wohl wenige Anhänger finden.

HECHT.

17) **P. W. Williams. Wieso hindert mangelhafte Nasenathmung Wachsthum und Entwickelung? (Why defective nasal respiration impedes growth and development.)** *N. Y. Medical Record. 20. August 1907.*

Die schädlichen Wirkungen der Mundathmung bei Kindern werden besprochen, ohne dass wesentlich neue Gesichtspunkte zu Tage treten.

LEFFERTS.

18) **Robert Leroux. Nasenverstopfung und Tuberculose. (Obstruction nasale et tuberculose.)** *Annales des maladies de l'oreille. Juni 1907.*

Die Nasenverstopfung begünstigt die Entwickelung der Tuberculose durch Beeinträchtigung der Abwehrmittel der Nase, durch die Erzeugung von Thoraxdeformationen, die eine Verminderung der Lungenventilation bewirken, durch Entwickelung intercurrenter Erkrankungen, durch ungenügende Mastication etc.

BRINDEL.

19) **E. Edwin Foster. Der Einfluss unvollkommener Nasenathmung auf die Mundhöhle. (The influence of imperfect nasal respiration on the oral cavity.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1907.*

Unter den Wirkungen der Mundathmung nennt Verf. folgende: Indigestion; Blutarmuth; verminderte Widerstandsfähigkeit, besonders der oberen Zähne und des Respirationstract; Deformitäten des Oberkiefers nebst unvollkommener Dentition.

Es ist zur Beseitigung dieser Schäden oft das Zusammenarbeiten des Dentisten und Rhinologen erforderlich.

EMIL MAYER.

20) **Villar Urbano** (Malaga). **Bedeutung der Nasenathmung vom hygienischen Standpunkt. (Importancia de la respiracion nasal desde el punto de vista de la higiene.)** *Revista des especialida de médicas. 1. Februar 1908.*

Nichts Neues.

TAPIA.

21) **W. G. Spencer** (London). **Bemerkungen über Nasenverstopfung. (Remarks on nasal obstruction.)** *British Medical Journal. II. p. 129.*

Verf. bekämpft die Lehre von Woakes von der Entstehung der Polypen in Folge einer nekrotisirenden Ethmoiditis. Die primäre Ursache der Polypenbildung bestehe in einer Proliferation des submucösen Gewebes mit Zunahme der Vascularisation. Wenn dann das Bindegewebe von Serum durchtränkt sei, so bilde sich ein Polyp.

JAMES DONELAN.

22) **W. S. Syme** (Glasgow). **Einfache Nasenverstopfung. (Simple nasal obstruction.)** *The Fractioner. London, März 1908. p. 326.*

Verf. giebt eine cursorische Uebersicht über die häufigsten Ursachen der Nasenverstopfung, in der nichts Neues für den Specialisten enthalten ist. Die Definition der einfachen Nasenverstopfung als „Verlegung des freien Luftdurchtritts" bedarf der Einschränkung dahin, dass die Obstruction in der Nase gelegen ist.

JAMES DONELAN.

23) **Escat** (Toulouse). **Diagnose und Abmessung der Atheminsufficienz durch den Rhinomanometer. (Diagnostic et mesure de l'insuffisance respiratoire par le rhinomanomètre.)** *Presse médicale. 16. Mai 1908.*

Verf. schlägt vor, den Rhinometer (Instrumente von Glatzel und Courtade) durch den Rhinomanometer zu ersetzen. Er demonstrirt ein Instrument, das auf dem Princip des Zifferblattmanometers basirt, nach Centimetern und halben Centimetern graduirt ist und gestattet, Inspiration und Exspiration für jedes Nasenloch getrennt zu messen.

GONTIER de la ROCHE.

24) **G. H. Lemoine** und **C. Sieur. Einfluss der Nasenverstopfungen auf die Inspirationserscheinungen. (Influence des obstructions nasales sur les phénomènes inspiratoires.)** *Société médicale des hôpitaux. 18. December 1908.*

Von 54 Individuen, die an Nasenverstopfung aus verschiedenen Ursachen litten, war bei 22 eine Verminderung in der Intensität der Inspiration in der Regio subclavicularis zu constatiren, bei 19 auf der rechten, bei 3 auf der linken Seite. In der Mehrzahl der Fälle bestand die Nasenverstopfung auf der rechten Seite oder es handelte sich um incomplete beiderseitige Obstruction. War die Obstruction linksseitig, so constatirte man 5 mal eine Abschwächung des Vesiculärgeräusches auf der rechten und 3 mal auf der linken Seite. Es scheint also, dass der Sitz der Obstruction Einfluss auf die Localisation der Inspirationsanomalie hat. Nach der Operation tritt in den ersten Tagen keine Modification der Respiration ein, nach einigen Monaten jedoch war die Intensität des Athemgeräusches stärker und kam dem der anderen Seite gleich oder übertraf sie.

GONTIER de la ROCHE.

25) **Lumsden. Nasendilatator zur dauernden Dilatation der vorderen Nasenlöcher in Fällen von Nasenverstopfung. (Nasal dilatator for continuous dilatation of the anterior nares in cases of nasal obstruction.)** *Lancet. 7. October 1906.*

Angefertigt bei Arnold & Sons. Illustrirte Beschreibung.

ADOLPH BRONNER.

26) **Schönstadt** (Berlin). **Vorstellung eines Falles von knöchernem Choanenverschluss.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1907.*

Es handelte sich um ein 15 Wochen altes Kind, bei dem die linke Choane knöchern verschlossen war.

ALBANUS (ZARNIKO).

27) **John E. Mc Kenty. Congenitaler Choanalverschluss; nebst Bericht über zwei Fälle. (Congenital occlusion of the choanae; with report of two cases.)** *N. Y. Medical Record. 7. September 1907.*

Im ersten Fall handelte es sich um eine knöcherne Atresie auf der rechten Seite und zwar betrug die Dicke der knöchernen Wand ca. 6 mm. Auf dieser Seite bestand eine Deviation des Septums und die Muscheln waren atrophirt. Dagegen war links die Nase weit, die Muscheln gut entwickelt und die hintere Oeffnung war verschlossen durch einen Knochenreif und eine Membran, die excentrisch nach oben und aussen gelegen war. Der Nasenrachen war in seinem perpendiculären Durchmesser stark verkürzt. Die geschlossenen Choanen waren von einer glatten Schleimhaut überzogen.

Im zweiten Fall handelte es sich um eine knöcherne Atresie der rechten Choane; auch hier bestand eine Deviation des Septums nach rechts und zwar in dessen hinteren zwei Dritteln. Die linke Seite war normal.

LEFFERTS.

28) **T. Rule Fritts. Verschluss der Choanen. (Occlusion of the posterior nares.)** *N. Y. Medical Record. 1908.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die Literatur des Gegenstandes; er erinnert daran, dass im Jahre 1898, als er zwei Fälle seiner Beobachtung berichtete, im Ganzen deren nur 19 bekannt waren.

LEFFERTS.

29) **Uffenorde. Ein Fall von Choanalatresie mit Demonstration.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 475. 1908.*

Einseitige knöcherne Choanalatresie bei 11 jähr. Knaben. Die Knochenplatte war 1 mm dick.

Als zweckmässiges Operationsverfahren der einseitigen knöchernen Atresie möchte U. empfehlen vorerst submucöse Resection des Septums und daran anschliessend Resection der Knochenplatte.

OPPIKOFER.

30) **S. Pusateri. Ueber das Verhalten der Fremdkörper in den Nasenhöhlen. (Sul comportamento dei corpi estranei nelle cavità nasali.)** *Arch. Ital. d. Otologia, Rinologia e Laringologia. XVII. Heft 6. XVIII. Heft 1. u. 2. 1907.*

Ein mit Streptococcus pyogenes aureus inficirter Fremdkörper in der Nasenhöhle des Kaninchens bringt hier Veränderungen hervor, die ein Haftenbleiben des Mikroorganismus erleichtern und bisweilen Allgemeininfection und Tod herbeiführen. Minimalste Läsionen der Schleimhaut können als Ausgangspunkt für diese Infection dienen. Der Friedländerbacillus kann auf keine Weise zum Haften auf der Schleimhaut gebracht werden. Der Diphtheriebacillus kann, ob der Fremdkörper bei seinem Eindringen die Schleimhaut verletzt oder nicht, am 4. Tage die Bildung einer Pseudomembran bewirken; er ist aber nicht im Stande, den Tod des Thieres herbeizuführen. Der virulente Tuberkelbacillus führt fast immer (92 pCt.) zu einer localen specifischen Läsion, und in 40 Tagen tritt die Infection der Halslymphdrüsen auf. Ist diese Läsion durch einen Tuberkelbacillus von abgeschwächter Virulenz bewirkt, so kann gegen den 80. Tag hin Heilung eintreten.

Verf. berichtet dann, nachdem er die klinische Seite der Frage ausführlich besprochen hat, 7 hierher gehörige Fälle von Nasenfremdkörpern und Rhinolithen. In einem Fall hatte der Rhinolith, dessen Kern ein Stück Gummi elasticum gewesen war, bei einer 30 jährigen Frau seit ihrer Kindheit in der Nase gesteckt, ohne schwere Veränderungen herbeizuführen, nur bestand hochgradige Atrophie der Schleimhaut mit Borkenbildung. In einem Fall hatte der Fremdkörper — ein Knochenstück — zu einer Art Rhinitis caseosa geführt.

FINDER.

31) **F. Klaussner** (München). **Ein kurzer Beitrag zu dem Capitel: Fremdkörper in der Nase.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1908.*

Bericht über einen Fall, bei dem eine abgebrochene Messerspitze „in der Richtung von oben aussen nach innen unten gegen die Gaumenplatte fest einge-

keilt“ in der Nase sass. Der fest eingekeilte Fremdkörper konnte erst nach seitlicher Spaltung der Nase „mittels der Lüer'schen Knochenzange gewaltsam aus seiner Umgebung gelockert und entfernt werden“. „Das Corpus alienum entpuppte sich als eine rauhe, schwarz gefärbte, rostige, 5,7 cm lange, 2,4 cm breite, abgebrochene Spitze eines im Griffe feststehenden Messers“, als Erinnerung an einen Stich ins Gesicht vor mehreren Jahren. Die ganzen Beschwerden, die erst in der letzten Zeit aufgetreten waren, bestanden in „erschwerter Luftdurchgängigkeit und etwas Schmerzen in der linken Nasenhöhle“.

HECHT.

32) **Colmenares. Fremdkörper der Nasenhöhlen; ihre Extraction. (Cuerpos extranos de las fosas nasales; su extracción.)** *Boletin del colegio de médicos de la Provincia de Reus. 1908.*

Zusammenfassende Studie im Anschluss an die Mittheilung einiger Fälle.

TAPIA.

33) **Pisano. Ein Fall von Rhinolith. (Un cas de rhinolithe.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 4. 1907.*

Der Rhinolith hatte die Grösse einer Erbse. Verf. giebt den mikroskopischen Befund, den er erhalten.

BRINDEL.

34) **Láng. Rhinolith von ausserordentlicher Grösse.** *Orvosi Hetilap. No. 51. 1907.*

Entfernte den 3,8 cm langen, 2,7 cm breiten, 7,8 Gramm wiegenden Rhinolith durch einen Schnitt im Sulcus naso-labialis.

v. NAVRATIL.

35) **Faure** (Paris). **Grosser Rhinolith aus der rechten Nase extrahirt. (Rhinolithe volumineux extrait de la narine droite.)** *Bulletin médical. 2. September 1908.*

Im Jahre 1878 wurde der Patientin wegen Thränenträufeln eine metallene Dauercanüle in den Canalis lacrymalis eingesetzt; sie versäumte es, sie herausnehmen zu lassen. Sie klagte über andauernde Kopfschmerzen, Nasenverstopfung und reichliche Eitersecretion aus der Nase. Nach Abtragung des vorderen Endes der unteren Muschel konnte man einen grossen Rhinolithen extrahiren, in dessen Centrum man das vergessene Röhrchen fand. Der Fremdkörper hatte also sehr lange Zeit in den Thränenwegen gesessen, ohne zu merklichen Reactionserscheinungen zu führen.

GONTIER de la ROCHE.

36) **Cohn** (Bromberg). **Rhinolith.** *Med. Klinik. 42. 1908.*

Rhinolith, gewonnen aus der Nase einer luetischen Patientin als Product eines Fremdkörpers.

SEIFERT.

37) **Hecht** (München). **Ein versprengter Zahn in der Nasenhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 17. S. 167.*

Der kurzen Krankengeschichte sind zwei Röntgenphotographien des Falles beigegeben.

F. KLEMPERER.

38) **G. Piolti. Ueberzähliger Zahn in der Nasenhöhle. (Dente supranumerario in una cavità nasale.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. Heft 5. 1907.*

Die Beschwerden — eitriger Ausfluss aus der Nase — datirten seit 4 Jahren. Da die Extraction durch die Nase nicht gelang, so wurde in Narkose in der Labio-Gingivalfurche eine Incision gemacht, die Apertura piriformis freigelegt und der Zahn — es handelte sich um den Dens caninus — leicht extrahirt. FINDER.

39) **J. Déhan. Die Membranbildungen in Nase und Nasenrachenraum. (Les diaphragmes membraneux du nez et du naso-pharynx.)** *Dissert. Montpellier 1907.*

D. bespricht ausschliesslich die membranösen Verschlüsse und lässt die knöchernen hier ausser Betracht. Neben den 2 eigenen Beobachtungen — bei einem 27 jähr. Mann linkerseits durchlöcherte Membran nahe dem Naseneingang und bei 44 jähr. Patientin eine mit 2 Oeffnungen versehene Membran hinter den Choanen — konnte Verf. nur 15 Fälle von membranösem Abschluss aus der Literatur zusammenstellen. 11 mal sass die Membran in der Gegend der Choanen und 6 mal nahe dem Naseneingang. Das ganze Krankheitsbild wird eingehend besprochen.

Es ist zu bemerken, dass doch etwas mehr als 17 Fälle von membranösem Verschluss in der Literatur bekannt sind (vergl. z. B. Literaturverzeichnis bei Zarniko, Lehrbuch der Nasenkrankheiten, 1905, S. 263 und Baurowicz, Arch. f. Lar., Bd. 15, 1904, S. 161). Auch nicht ganz zutreffend ist die Angabe, dass eine histologische Untersuchung der Membran bis heute nur durch Prota vorgenommen wurde. OPPIKOFER.

40) **R. Bochalli. Weitere Untersuchungen über das Vorkommen von Meningokokken im Nasenrachenraum Gesunder aus der Umgebung von Kranken.** *Dissert. Breslau 1906.*

Unter den 16 gesunden Stubengenossen eines an Genickstarre erkrankten Soldaten fand B. bei 10 (62,5 pCt.) Meningokokken im Nasenrachenraum. Aber auch bei den übrigen Mannschaften des Bataillons waren Meningokokkenträger nachweisbar; bei derjenigen Compagnie, zu der der Kranke gehört hatte, fanden sich Meningokokken bei 11,4 pCt. der Fälle und bei den übrigen 3 Compagnien, die mit dem Kranken und seinen Stubengenossen in weniger nahem Verkehr gestanden hatten, noch bei 5,4 pCt.

Zur Controle dehnte B. seine Untersuchungen auf einen zweiten Militärplatz aus, auf welchem zur Zeit Fälle von epidemischer Genickstarre unter dem Militär und der Civilbevölkerung fehlten; bei keinem der hier untersuchten 40 Soldaten waren Meningokokken auffindbar.

Bei einem Theil der Meningokokkenträger wurden wiederholte Nachuntersuchungen vorgenommen; B. konnte beobachten, dass die Meningokokken aus dem Nasenrachenraum bereits nach kurzer Zeit verschwinden.

Die sofortige Isolirung der nächsten Umgebung nach Ausbruch eines Genickstarrefalles ist unbedingt erforderlich und soll so lange ausgeführt werden, bis bei wiederholter Untersuchung keine Meningokokken nachzuweisen sind. OPPIKOFER.

41) **Kutscher** (Berlin). **Ueber Untersuchungen der Nasenrachenhöhle gesunder Menschen auf Meningokokken.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. 1906.*

Im Mai und Juni 1905 hat Verf. im Berliner Institut für Infectionskrankheiten 104 Proben von Nasenrachensecret gesunder Personen, die mit Meningitiskranken nicht in Berührung gekommen waren, auf Meningokokken untersucht, immer mit negativem Resultat. Dagegen konnte er in 2 Fällen, die in Beziehung zu Meningitiskranken getreten waren, Meningokokken isoliren. Im Winter 1905/06 wurden die Untersuchungen fortgesetzt. Diesmal fand Verf. unter 56 Fällen 4 mal Meningokokken vor. Genaue Beschreibung des Untersuchungsverfahrens. Discussion der Wege, auf denen die Kokkenträger inficirt werden können.

ZARNIKO.

42) **Dopter. Untersuchung auf Meningokokken in den Nasenhöhlen. (Recherche des meningocoques dans les fosses nasales.)** *Presse médicale. No. 88. 31. October 1908.*

Die Untersuchungen dürfen nicht in der Nasenhöhle selbst, sondern im Nasenrachen angestellt werden; sie müssen nicht nur meningitische Individuen, sondern auch „Träger von Keimen“ betreffen. Der sichere Nachweis kann nur geführt werden durch die Zuckergährung und die Agglutination durch ein specifisches Serum.

GONTIER de la ROCHE.

43) **Le Noir** und **Jean Camus** (Paris). **Untersuchung auf Tuberkelbacillen in den Nasenhöhlen gesunder und tuberculöser Menschen. (Recherche du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales d'hommes normaux et dans celles des tuberleux.)** *Société de Biologie. 21. November 1908.*

Die Untersuchungen wurden angestellt bei Aerzten und Krankenpflegern, die auf Tuberculoseabtheilungen beschäftigt waren; alle Impfungen hatten ein negatives Resultat. Bei $^{3}/_{10}$ der Tuberculosen, bei denen Tuberkelbacillen im Auswurf vorhanden waren, waren die Untersuchungen von positivem Ergebniss.

GONTIER de la ROCHE.

c. Mundrachenhöhle.

44) **Troullieur** (Lyon). **Ueber die Mund- und Rachenulcerationen beim Typhus; auf 220 nicht veröffentlichte Beobachtungen sich stützende Studie. (Des ulcérations bucco-pharyngées de la fièvre typhoïde. Etude basée sur 220 observations inédites de fièvre typhoïde.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 4. 1908.*

Eingedenk der Nachforschungen seiner Vorgänger studirt der Autor die anatomischen Charaktere und Symptome, die Häufigkeit, die Entstehung, die anatomopathologische Pathogenie, die Diagnose und Behandlung der von ihm als „Mundulcerationen des Typhus“ bezeichneten Erscheinungen, welche nach Letulle ein im Verlaufe des Typhus ziemlich häufig vorkommendes Zeichen ausmachten.

PARMENTIER.

45) A. Oidtmann (Amsterdam). **Carcinom der Wangenschleimhaut. (Carcinom van het wangslymolies.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1369. 1908.*

Die Prognose dieses Leidens ist eine äusserst bedauerliche. O. berichtet über einen geheilten Fall bei einem 50jährigen Herrn, den er vor $6^1/_2$ Jahren operirte und bei dem bis jetzt kein Recidiv aufgetreten ist. Es handelte sich um ein Ulcus carcinomatosum der rechten Wangentasche, das auf den Processus alveolaris des Unterkiefers überging. Aussen fühlt man am vorderen Masseterrand einen sich nach unten in eine geschwollene Drüse fortsetzenden, harten Strang. Die Operation fing an mit dem Kocher'schen Schnitt für die Exstirpation der Glandula submaxillaris. Von da aus wurde die ganze Wange bis auf die äussere Haut mitsammt Carcinom, Drüsen, Muskeln und Periost in toto abgetragen, die Molares extrahirt und der Processus alveolaris entfernt. Die Lippe wurde vernäht, gleichfalls der grössere Theil des Hautschnittes. Nach 10 Tagen war die Wunde bis auf ein paar granulirende kleine Stellen geheilt.

H. BURGER.

46) Vilanova (Barcelona). **Krebs der syphilitischen Raucher. (Cancer de los fumedores sifiliticos.)** *Revista de ciencias médicas de Barcelona. Mai 1907.*

Verf. vermuthet das Vorkommen einer besonderen Form von Zungencarcinom bei syphilitischen Rauchern.

TAPIA.

47) Warren J. Collnis. **Krebs der Mundhöhle und Zunge. (Cancer of mouth and tongue.)** *American Surgery. October 1908.*

Bei Operationen wegen Carcinom der Mundhöhle und Zunge ist die Beziehung des Lymphsystems zu der primären Geschwulst von der grössten Bedeutung. Carcinome der Mundhöhle und Zunge sind locale Erkrankungen, die auf die den Ausgangspunkt der Erkrankung umgebenden Gewebe und das angrenzende Lymphsystem begrenzt sind; innerliche Metastasen sind selten. In zweifelhaften Fällen soll die mikroskopische Untersuchung gemacht werden. Die antiluetische Behandlung giebt keinen sicheren Anhalt und sollte eventuell einen chirurgischen Eingriff nicht verzögern.

Verf. betont die Wichtigkeit einer gründlichen Entfernung der Drüsen: der Operationsweg durch den Kiefer giebt den besten Zugang zu dem Operationsfeld, vergrössert aber die Gefahr der Operation.

Die Mortalität variirt je nach dem Umfang der Operation; sie ist am niedrigsten bei der intrabuccalen Operation (5pCt.) und am höchsten (30—35pCt.), wenn der Unterkiefer resecirt wird.

Unter 112 Operationen trat bei 16 Fällen innerhalb 3 Jahren kein Recidiv ein, von 57 Fällen von Zungencarcinom wurden 10 (17,5 pCt.) geheilt. Locale Recidive waren häufiger als Drüsenrecidive allein. Nur bei einem Fall trat das Recidiv später als 3 Jahre nach der Operation auf.

EMIL MAYER.

48) Chambardel. **Die Skrotalzunge. (The scrotal tongue.)** *N. Y. Medical Record. 4. Mai 1907.*

Mit diesem wenig anmuthigen Namen bezeichnet Verf. ein eigenthümliches Aussehen der Zunge, das dadurch gekennzeichnet ist, dass die Rückenfläche der-

selben von einer Anzahl symmetrischer Furchen durchzogen ist, die ihr ein runzeliges Aussehen, ähnlich der Skrotalhaut, giebt. Dieser Zustand muss unterschieden werden von pathologischer Furchenbildung, die bei Carcinom, Tuberculose, Syphilis vorkommt und von den physiologischen Furchen, die man bei manchen Personen beiderseits der Mittellinie findet. Die Mundhöhle kann im Uebrigen völlig normal sein; nur besteht häufig Neigung zur Vergrösserung der Speicheldrüsen und Vermehrung der Secretion. Die Aetiologie ist völlig unbekannt; Verf. erhofft Aufschlüsse von der Embryologie oder vergleichenden Anatomie.

LEFFERTS.

49) **N. Rh. Blegvad** (Kopenhagen). **Schwarze Haarzunge. (Black hairy tongue.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1908.*

Nicht jede dunkelgefärbte Zunge kann als Lingua nigra bezeichnet werden. Auch die normale Zunge kann vorübergehend durch Ingesta dunkel gefärbt werden; bei Personen, die viel Tabak rauchen, können auch leukoplakische Flecken, zu denen ja solche Individuen besonders neigen, eine grau-schwärzliche Färbung annehmen. Bei Morbus Addison findet man bisweilen im Munde sogenannte Melanoplakie; diese Flecken jedoch, bei denen es sich um eine Pigmentablagerung im Rete Malpighi ohne Epithelproliferation handelt, finden sich im Gegensatz zu der Lingua nigra meist auf den Lippen und der Innenseite der Wangen.

Das beste Mittel ist die locale Anwendung von 10proc. Lösung von Wasserstoffsuperoxyd, das durch das in statu nascendi wirkende O direct die färbende Substanz zerstört. Das Mittel muss jeden Tag angewendet werden; wo die Färbung sehr dunkel ist, sind zwei Applicationen täglich angezeigt.

EMIL MAYER.

50) **Morestin. Behandlung der Leukoplakia lingualis. (Traitement de la leucoplasie linguale.)** *Société de chirurgie. 16. December 1908.*

Verf. wendet zuerst eine specifische Behandlung an und excidirt dann sehr breit die Plaques.

Lucas Championnière betrachtet diese Läsionen als ein „noli me tangere“ und erblickt in der chirurgischen Behandlung die Gefahr einer Umwandlung in Carcinom.

Reclus Second meint, man dürfe nur dann operiren, wenn eine Umwandlung in Epitheliom stattgefunden habe.

GONTIER de la ROCHE.

51) **Sergent** (Paris). **Leucoplakia bucco-lingualis in der allgemeinen Medicin; ihre semiologische Bedeutung für den Nachweis der Syphilis. (La leucoplasie bucco-linguale en médecine générale; sa valeur seméiologique dans la recherche de la syphilis.)** *Journal des Practiciens. 39. Januar 1909.*

Nach der Ansicht des Verf.'s muss die Leukoplakie durchaus als ein Stigma der Syphilis betrachtet werden. Er empfiehlt Pinselungen mit 2proc. Lösung von Kalibichromat oder noch besser die tiefe Galvanokaustik. Die specifische Behandlung kann nur eine mercurielle sein, wogegen Verf. vor Jod warnt.

GONTIER de la ROCHE.

52) **Lacapère** (Paris). **Heredo-syphilitische Zungenleukoplakie. (Leucoplasie linguale hérédo-syphilitique.)** *Société médicale des hôpitaux. 16. October 1908.*

30jähriger Mann, bei dem die Affection seit ca. 20 Jahren bestand. Patient raucht nicht und hat niemals Syphilis gehabt. Der Vater ist an Tabes gestorben und wurde lange mit Hg behandelt.

GONTIER de la ROCHE.

53) **Urunuela** (Madrid). **Zungengeschwüre. (Ulceras de la lengua.)** *Revista ibero-americana de ciencias médicas. Januar 1907.*

Zusammenfassende Studie.

TAPIA.

54) **Decréquy. Syphilitischer Zungenschanker, entstanden bei einem 8jährigen Kinde nach Zahnextraction. (Chancre syphilitique de la langue survenu après une extraction dentaire chez un enfant de huit ans.)** *Revue de stomatologie. No. 10. October 1907.*

Der Schanker trat 3 Wochen nach der Extraction des zweiten rechten unteren Molaris auf.

BRINDEL.

55) **Charles Ryall. Epitheliom und Syphilis der Zunge. (Epithelioma and Syphilis of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 1. August 1908.*

Verf. behauptet, eine enorme (? Ref.) Zahl von Fällen gesehen zu haben, in denen bei syphilitischer Erkrankung der Zunge sich Epitheliom entwickelte.

LEFFERTS.

56) **E. Ungermann. Ueber einen Fall von Athyreosis mit vicariirender Zungenstruma.** *Dissert. Königsberg 1906.*

Das Fehlen der Schilddrüse an normaler Stelle und das Vorhandensein einer kastaniengrossen Zungenstruma wurde bei dem 30jährigen tuberculösen Individuum erst bei der Section entdeckt. Genaue histologische Untersuchung und Zusammenstellung von 25 analogen Fällen aus der Literatur.

OPPIKOFER.

57) **Goyanes** (Madrid). **Ein Fall von Mixo-Chondro-Osteom der Zunge. (Un caso de mixo-condro-osteoma de la langua.)** *Siglo médico. 15. Februar 1908.*

Patient hat seit einem Jahre einen Tumor am rechten Zungenrand, der schmerzhaft, roth und hart ist. Exstirpation; Heilung. Histologische Untersuchung: Mischgeschwulst mit myxomatösen, chondromatösen, fibromatösen, osteomatösen Partien. Man konnte deutlich die Umwandlung des myxomatösen Gewebes in Knochengewebe durch die Zwischenstadien des Bindegewebes und Knorpels hindurch beobachten.

TAPIA.

58) **Ehrlich** (Wien). **Zur Statistik des Zungencarcinoms.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 88. 1909.*

In der Klinik v. Eiselsberg's kamen in den letzten Jahren 51 Fälle von Zungencarcinom zur Operation, von denen 13 starben und 7 dauernd geheilt wurden.

SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

59) **Schultze** (Berlin). **Zur Statistik und Klinik der Diphtherie im Krankenhause Bethanien (1903—1908).** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 88. 1909.*

Von 602 Fällen von Diphtherie starben unter Anwendung von Heilserum 106 = 17,61 pCt., während früher 53,4 pCt. gestorben waren. Die Tracheotomie war nur bei 32,3 pCt. nöthig, früher bei 60,5 pCt. der Fälle.

SEIFERT.

60) **Meyer Solis-Cohen. Diphtherieträger; deren Entdeckung und Ueberwachung. (Diphtheria carriers; their discovery and control.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Januar 1909.*

Verf. stellt fest, dass Personen, die häufig mit einem Diphtheriekranken in Berührung kommen, virulente Klebs-Löffler-Bacillen auf ihren Schleimhäuten haben. Bei diesen Personen kann sich später Diphtherie entwickeln oder sie können, wenn sie gesund bleiben, als Verbreiter derselben wirken. Träger von Diphtheriebacillen sollen isolirt werden, bis sie bakteriologisch rein sind. Die Controle kann nur durch das Culturverfahren geübt werden.

LEFFERTS.

61) **Thomas-Hubbard. Primäre Nasendiphtherie. (Primary nasal diphtheria.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1908.*

Es sind sehr viel geringere Antitoxindosen nöthig, als bei Rachendiphtherie; schon nach 3000 I.-E. schwinden oft alle Erscheinungen. Da aber gewöhnlich die Diagnose oft erst spät gestellt ist, so räth Verf., in den ersten 24 Stunden eine Dosis von 6000 I.-E. anzuwenden.

Ausspülungen und Sprays sind wegen der Gefahr einer Infection der Nebenhöhlen oder des Mittelohrs zu verwerfen; eine milde antiseptische Lösung kann mittels eines Tropfglases in die Nasenlöcher eingeträufelt werden.

Diese Fälle sind lange Zeit Bacillenträger; sie bedürfen daher einer langdauernden Isolation.

EMIL MAYER.

62) **H. F. Gillette. Unangenehme Wirkungen des Diphtherie-Antitoxin mit besonderer Berücksichtigung seiner Beziehung zu Asthma. (Untoward results of diphtheria antitoxine with special reference to its relation to asthma.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Januar 1909.*

Von 27 Fällen, bei denen nach Anwendung des Pferdeserums Collaps oder Tod beobachtet wurden, war bei 20 in der Anamnese das Vorhandensein von Asthma oder irgend welchen respiratorischen Symptomen nachweisbar. Verf. warnt vor dem Serumgebrauch bei Patienten, die an Asthma, Heufieber, Bronchitis oder sonstigen Erkrankungen der Athmungswege leiden.

LEFFERTS.

63) **Thomas Flournoy. Ein Fall von diphtherischer Laryngitis, Tracheitis und Bronchitis. (A case of diphtheric laryngitis, tracheitis and bronchitis.)** *Transactions New York Pathological Society. October 1908.*

Pat. war ein Mann, der sich seit einer Woche krank fühlte. 24 Stunden nach der Aufnahme ins Hospital starb er. Die Membranen erstreckten sich von der Epiglottis bis in die feinsten Bronchien.

EMIL MAYER.

64) **Lotsch** (Magdeburg). **Erfahrungen mit der Intubation bei diphtherischer Larynxstenose.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 68. 1909.*

Für die allgemeine Praxis eignet sich die Intubation nicht, aber im Krankenhause leistet sie Vorzügliches, wie die Erfahrungen von L. zeigen. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

65) **H. Gutzmann. Ueber Stellung und Bewegung des Kehlkopfes bei normalen und pathologischen Sprechvorgängen. Zweiter Theil: Pathologische Sprechvorgänge.** *Beiträge zur Anal., Physiol., Pathol. und Ther. des Ohres, der Nase und des Kehlkopfes. Bd. 1. Heft 1/2. S. 432.*

In dem zweiten Theile der gediegenen Arbeit untersucht Verf. erstens die aussergewöhnlichen Kehlkopfbewegungen bei den rein funktionellen Sprach- und Stimmstörungen spastischer Art, und zwar bei der persistirenden Fistelstimme, der persistirenden Tiefstimme, der Phonasthenie, der Aphonia spastica, wobei nur oder vorwiegend die Stimme gestört ist, sowie beim Stottern und bei Aphthongie, wobei der gesammte Sprachvorgang gestört erscheint; ferner bei der Taubstummheit und der Sprache bei angeborener Gaumenspalte, den organischen Sprach- und Stimmstörungen, bei denen aus der Bemühung heraus, das organische Hemmniss zu überwinden, excessive Bewegungen gemacht werden; schliesslich bei einer Reihe von symptomatischen Sprachstörungen, die bei Nervenkrankheiten vorkommen, wie bei der Paralysis agitans und der multiplen Sklerose.

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen: Die Untersuchung auf Kehlkopfbewegung und -stellung soll bei stimm- und sprachgestörten Patienten vorwiegend durch die einfachen klinischen Methoden der Inspection und Palpation vorgenommen werden. Die graphische Darstellung der Bewegungen soll stets erst nach der möglichst genauen optischen und taktilen Controlle von Stellung und Bewegung des Kehlkopfes statthaben. Man findet bei allen Stimm- und Sprachstörungen, die als Ausfallserscheinungen anzusehen sind, nur sehr geringe von der Norm abweichende Bewegungen des Kehlkopfes, bei allen denjenigen Störungen aber, die als spastische Coordinationsstörungen anzusprechen sind, ausserordentlich starke Bewegungen. Die Beobachtung des Kehlkopfstandes durch Auge und Hand genügt in den meisten Fällen zum mindesten, um grobe Abweichungen von dem normalen Verhalten des Kehlkopfes festzustellen. J. KATZENSTEIN.

66) **F. Reinking. Ueber inspiratorisches Sprechen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkde. Bd. LVI. H. 3. S. 240.*

Mit genau 2 Jahren Thyreotracheotomie wegen Papillomen des Larynx. Curettage. Entfernung der Canüle nach 3 Tagen. 7 Monate später wegen starker Dyspnoe Tracheotomie; Entfernung der Canüle nach $2^1/_2$ Jahren. Schon während der Zeit, dass die Canüle getragen wurde, sprach Pat. inspiratorisch. Bei der Kehlkopfspiegeluntersuchung im 10. Jahre weichen die Stimmlippen bei tiefer Inspiration auseinander, um sich bei der Exspiration leicht zu nähern. Dagegen tritt beim lauten Sprechen eine völlige Umkehrung der normalen Athmungsverhältnisse ein: während des Sprechens dehnt sich der Brustkorb langsam aus

bis zur tiefsten Inspirationsstellung, worauf eine schnelle energische Exspiration erfolgt. Der dabei einen Moment aussetzende Redefluss beginnt sogleich mit einer neuen langgedehnten Inspiration. Die Stimme ist laut, modulationsfähig, von normaler Klangfarbe, die Sprachlaute auch das r sind normal. Pat. kann nur kurze Zeit exspiratorisch sprechen; bei längerem exspiratorischem Sprechen treten Schmerzen im Halse auf. Bei der Phonation nähern sich die Taschenbänder bis fast zur Berührung und gerathen in Schwingungen, die Stimmlippen sind dabei verdeckt; beim Flüstern bleiben die Stimmlippen und Taschenbänder ziemlich weit auseinander.

J. KATZENSTEIN.

67) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Kritische Bemerkungen zu einer Arbeit von Herrn Dr. P. J. Mink-Deventer: Die Glottis.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. 1. S. 355. 1908.*

Die Hypothesen und Theorien, welche Mink für das Verständniss des Mechanismus der Kehlkopfbewegungen in Pflüger's Archiv, Bd. 123, 1908, S. 131 aufgestellt hat, werden durch Möller kritisirt. Möller empfiehlt Mink, seine Untersuchungen mehr auf experimentellem Wege fortzusetzen.

OPPIKOFER.

68) **Theodor S. Flatau** (Berlin). **Neuere Beobachtungen über die Phonasthenie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 6. 1908.*

Flatau berichtet über den phonasthenischen Kieferschmerz, sodann über die Hyperästhesie und Parästhesie innerhalb der Kehlkopfschleimhaut, als deren Folge auch objectiv wahrnehmbar Reizbewegungen eintreten, das phonasthenische Räuspern und das phonasthenische Schlucken. F. verbreitet sich nun über die Symptomatologie des phonasthenischen Hustens und Schluckens, sowie ihre objectiven Symptome, die in schweren Fällen zu dem von ihm so bezeichneten „phonischen Collaps“ führen können. Anschliessend erörtert Autor die Entwicklung der Therapie, zu der er neuerdings „die combinirte Verwendung der Elektrisation mit der Vibration“ hinzufügte. Des Ferneren bespricht er die durch Bier'sche Stauung bewirkte Verbesserung der Circulation und Ernährung innerhalb der Kehlkopfbinnenmusculatur.

HECHT.

69) **J. F. Fischer** und **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Beiträge zur Kenntniss des Mechanismus der Brust- und Falsettstimme.** *Mit 10 Röntgenbildern auf 1 Tafel. Monatschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 8. 1908.*

Autoren beschreiben die Schwierigkeiten, die sich ergeben, brauchbare Röntgenphotographien des Kehlkopfes für ihre Zwecke zu erzielen. Es gelang ihnen von 5 verschiedenen Versuchspersonen 15 brauchbare Plattenpaare zu erhalten. Sie machten von den Versuchspersonen Aufnahmen bei Intonation sowohl in Brust-, wie in Falsettstimme bei gleicher Tonhöhe und maassen dann direct die Grösse des Spatium crico-thyreoideum. Sie kamen zu dem vorläufigen Ergebniss, dass „bei der Falsettstimme sich der Ringknorpel dem Schildknorpel mehr annähert als bei der Bruststimme, vorausgesetzt, dass die Tonhöhe dieselbe bleibt, dass somit bei der Falsettstimme der M. crico-thyreoideus in relativ höherem Grade thätig ist, als bei der Bruststimme.“

HECHT.

70) **Perretière. Die Rolle der Laryngologen in der Gesangskunst. (Le rôle du laryngologiste dans l'art du chant.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 14. 11. April 1908.*

Ein sehr gut geschriebener Aufsatz, der unsere Kenntnisse über den Gegenstand zusammenfasst und aus dem die Nothwendigkeit für den Gesanglehrer hervorgeht, mit dem Laryngologen zusammenzuarbeiten.

BRINDEL.

71) **P. Bonnier** (Paris). **Die Stimme der Gesangsschüler. (La voix chez les élèves chanteurs.)** *Académie de médecine. 21. Juli 1908.*

Verf. ist auf Grund seiner Beobachtungen bei den drei letzten „Concours du Conservatoire" zu der Ueberzeugung gelangt, dass der Unterricht insofern irrationell ist, als die Schüler geübt werden, in kleinen Räumen zu singen; sie singen in Folge dessen nur für sich und ihre Lehrer. Ihre Stimme bekommt nicht die Tragfähigkeit, die nöthig ist, wenn sie in grossen Sälen singen sollen.

GONTIER DE LA ROCHE.

72) **G. Hudson Makuen. Die Hauptfactoren der Stimmbildung. (The essentials of voice production.)** *N. Y. Medical Journal. 5. September 1908.*

Cfr. Verhandlungen der 30. Jahresversammlung der American Laryngogical Association.

LEFFERTS.

73) **Kobrak** (Berlin). **Allgemeine Pathogenese und Symptomatologie der kindlichen Sprachstörungen, insbesondere des Stotterns.** *Med. Klinik. 30. 1908.*

Kurze Darstellung mit Betonung der Wichtigkeit der Anamnese und Hinweis darauf, dass erst eine nochmalige Beobachtung von Einzelfällen es gestatten wird, eine richtige Dosirung der verschiedenen kurz skizzirten therapeutischen Maassnahmen zu treffen.

SEIFERT.

74) **Blondiau** (Charleroi). **Abscess des Spheno-temporallappens; Aphasie und motorische Störungen. Heilung. (Abcès du lobe sphéno-temporal.; Aphasie et troubles moteurs. Guérison.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 6. 1908.*

Der Abscess rührte von einer Infection her und zwar von einer vernachlässigten Otitis media, den Weg der Lymphbahnen einschlagend. Das was das ursprüngliche symptomatische Detail ausmacht, ist die reine motorische Aphasie. Eine nicht gewöhnliche Beobachtung.

PARMENTIER.

75) **E. Baumgarten** (Budapest). **Kehlkopfsymptome bei Syringomyelie.** *Budapesti Orvosi Ujság. No. 49. 1908. Beilage: Gégészet. No. 2.*

Die erste Erscheinung ist die Heiserkeit. Verf. hat einen Fall untersucht, in welchem beide Stimmlippen nahe der Mittellinie fixirt waren und wo er eine Posticuslähmung der linken und eine Posticusparese der rechten Seite feststellte. Weiter war auch eine perverse Action der Stimmlippen zu beobachten.

v. NAVRATIL-POLYAK.



76) **Gerber. Kehlkopfspiegel und Nervenkrankheiten. Beiträge zur Physiologie und Pathologie.** *Festschrift zum 70. Geburtstage von Ludimar Hermann. Stuttgart, Enke. 1908.*

Zur Doppelfeier des 70 jährigen Geburtstages des hervorragenden, besonders auch um die Nervenphysiologie verdienten Physiologen Hermann und des 50 jährigen der Laryngologie soll an einer Reihe von Beispielen gezeigt werden, welche Bedeutung der Kehlkopfspiegel auch für die Erkenntniss vieler Erkrankungen des Nervensystems gewonnen hat.

Fall 1: Bei einem Herrn, der lange wegen Heiserkeit und Husten behandelt war, wird eine beginnende Parese beider Postici als prodromale Larynx-Krise einer Tabes festgestellt.

Fall 2: Gleichfalls eine doppelseitige Posticuslähmung, in weit vorgeschritteneren Stadium mit zeitweise hochgradiger Athemnoth. Auch hier hatte erst die Laryngoskopie das Bild der Tabes aufgerollt.

Fall 3: Bei einem 32 jährigen Herrn, der vor 10 Jahren Lues acquirirte, stellten sich Heiserkeit, Schlingbeschwerden, dann Doppeltsehen und Unsicherheit des Ganges ein. Der Kehlkopfspiegel zeigte eine totale Lähmung des rechten Recurrens. Die weitere Untersuchung ergab dann, dass es sich um eine luetische Affection im Kerngebiete der Nn. recurrens, accessorius, hypoglossus und abducens handelte.

Fall 4: Ein Mann mit acuter Mittelohreiterung klagt viel über Kopfschmerzen und zeigt Schlaffheit der linken Gesichtshälfte. Es wird an eine otogene Complication gedacht. Als sich aber auch Heiserkeit einstellte, wird laryngoskopirt und hierbei eine Parese des linken Recurrens festgestellt. Weitere Untersuchung ergiebt Parese auch des Accessorius und Hypoglossus. Wahrscheinlich luetischer Process (vor ca. 15 Jahren Infection) in der Medulla.

Fall 5: Bei einem 45 jährigen Patienten, der nach Influenza plötzlich an Ohrenschmerzen, Husten und Schwindel erkrankt ist, wozu sich bald Lähmung einer Gesichtshälfte gesellte, wird die Diagnose: Otitis media et interna acuta mit Neuritis N. VII gestellt. Die Ohrerscheinungen bessern sich. Hüsteln und Heiserkeit bestehen fort. Die hieraufhin vorgenommene laryngoskopische Untersuchung zeigt eine typische Parese des rechten Recurrens. Die weitere Untersuchung ergab eine deutliche Atrophie des rechten Cucullaris, fibrilläres Zittern der Zunge, Parese des weichen Gaumens rechts, Beeinträchtigungen des Geschmacks. Unempfindlichkeit im rechten äusseren Gehörgang. Hiernach musste die Anfangs auf Rechnung des Labyrinths gesetzte otologische Diagnose zu Ungunsten des Acusticus geändert werden, — womit auch der weitere Verlauf übereinstimmte. Es handelte sich also in diesem Falle um eine multiple Hirnnervenlähmung (Nn. VII, VIII, IX, X, XI, XII) wohl auf Grund einer Influenza—Encephalitis.

In diesem Falle eröffnete also die Laryngoskopie eine ganz neue Perspective, und beseitigte einen zwar recht verständlichen, aber schweren diagnostischen Irrthum.

Zum Schluss der Ausführungen wird darauf hingewiesen, dass der Kehlkopfspiegel oft auch im entgegengesetzten Sinne tätig ist und durch Feststellung eines

negativen Befundes die Situation klärt. So besonders bei den hysterischen Stimmstörungen.

AUTOREFERAT.

77) **J. v. Bókay** (Budapest). **Beiträge zur Klärung des Wesens des Stridor inspiratorius congenitus.** *Orvosi Hetilap. No. 52. 1908.*

Verfasser hat drei Fälle beobachtet und erklärt das Wesen der Krankheit im Einvernehmen mit Thomson dadurch, dass in Folge der Athmungs-Incoordination der infantile Typus des Kehlkopfeinganges der Säuglinge gesteigert wird. Die in solchen Fällen beschriebene rinnenförmige Einbiegung des Kehldeckels ist auch nach Verf. eine secundäre Erscheinung. v. Bókay will auf seine Erfahrungen und auf die in der Literatur mitgetheilten Fälle gestützt im Gegensatze zu Hochsinger bei dem Entstehen des fraglichen Krankheitsbildes der Thymus keine Rolle zuschreiben.

v. NAVRATIL-POLYAK.

78) **Richard Rahner** (Gaggenau). **Ein Beitrag zur Laryngitis stridula.** *Mit 2 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1908.*

Rahner konnte bei mehreren Patienten mit Laryngitis stridula wiederholt und zu verschiedenen Zeiten den Kehlkopf untersuchen und fand wiederholt des Morgens eine geringe ödematöse Infiltration des subglottischen Gewebes, dagegen Abends eine bedeutende Zunahme der subchordalen Schwellung, die er als Ursache der nächtlichen Croupanfälle anspricht. Bei einem Patienten, bei dem am Abend die Schwellung nicht grösser war, wie Morgens, blieben auch die nächtlichen Anfälle aus. Anschliessend streift Autor die Frage, „warum gerade Nachts die Schwellung, bezw. submucöse Durchtränkung des subglottischen Gewebes stattfindet“, weist auf parallele Erscheinungen bei anderen Erkrankungen hin, auf die Wechselwirkung der engen Beziehung zwischen Mensch und Aussenwelt und die interessanten physiologischen Thatsachen der Beziehungen zwischen Pflanze und Aussenwelt, welche letztere ja leichter zu verstehen sind.

HECHT.

79) **R. Hahn. Beitrag zur klinischen Casuistik des congenitalen Kehlkopfstridors. (Contributo alla casuistica clinica dello stridore laringeo congenito.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso. Mai 1908.*

Mittheilung dreier Fälle. In zwei derselben glaubt Verf. ausser dem Stridor congenitus noch Anfälle von Laryngismus stridulus beobachtet zu haben; in beiden bestand Mandelhyperplasie. Im dritten Fall fand sich eine angeborene Missbildung des Kehlkopfeingangs, die von dem gewöhnlich gefundenen Typus etwas abwich. Die Epiglottis war weniger resistent, als in der Norm und wurde richtig aspirirt, so dass ihr centraler Theil sich in sichtbarer Weise gegen das Innere zu wölbte, während die Seitenränder in die Höhe stiegen und etwas vibrirten.

FINDER.

80) **A. W. Myers. Congenitaler Kehlkopfstridor infolge vergrösserter Thymusdrüse. (Congenital laryngeal stridor due to enlarged thymus gland.)** *Wisconsin Medical Journal. August 1908.*

In dem berichteten Fall deuteten die physikalischen Symptome auf Thymushyperplasie; diese verschwanden unter Anwendung von Röntgenstrahlen und

gleichzeitig verlor sich der Stridor. Wenn auch nicht alle Fälle von Kehlkopfstridor diese Aetiologie haben, so trifft sie doch gewiss für viele zu.

EMIL MAYER.

81) **Schleifstein. Ein Fall von Dyspnoe spastica. (Przypadek duszności spastyczny.)** *Medycyna. No. 30. 1908.*

Verf. hat bei einer seit 9 Jahren an Rachenkatarrh leidenden Kranken eine sehr starke Dyspnoe beobachtet, wobei die Stimmbänder fast symmetrisch während des Athmens zur Mittellinie lagen. Während des Sprechens verengten sie sich gänzlich, wobei die Stimme etwas behindert schien. Nach einigen Tagen war die Kranke gesund. Die Therapie beschränkt sich bei solchen Fällen nur auf physikalische Mittel, besonders methodische Athemübungen, Zureden, schliesslich kalte Douchen, Elektrisation u. s. w. Die Dyspnoe dauert höchstens einige Monate, kommt meist bei weiblichen Individuen vor. Verf. bespricht auch die differentielle Diagnostik des Leidens, wobei er vor dem Identificiren dieser Krankheit mit wirklichem Laryngospasmus warnt, um die Kranken vor etwaigen Eingriffen im Kehlkopf und in der Nase zu schonen.

A. v. SOKOLOWSKI.

82) **Hausser** (Madrid). **Keuchhusten und seine Behandlung. (La coqueluche y su tratamiento.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 28. October 1908.*

Verf. wendet das Formol an, das er im Zimmer des Kindes zerstäubt. Eine Woche lang durchgeführt genügt diese Behandlung zur Heilung.

TAPIA.

83) **Comas. Ein Fall von Keuchhusten mit Bronchitis. Wirksamkeit des Phenocollum hydrochloricum. (Un caso de tos ferina complicada de bronquitis. Eficacia del clorhidrato de fenocol.)** *La medicina de los ninos. 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt.

TAPIA.

84) **Bordet. Die Ursache des Keuchhustens. (The cause of whooping cough.)** *N. Y. Medical Record. 12. September 1908.*

Verf. giebt ein Résumé der von ihm und Gengou im Jahre 1906 mitgetheilten (Annales de l'Institut Pasteur 1906) bakteriologischen Untersuchungen. Er nimmt besonders Bezug auf die Arbeit von C. Fränkel (Münch. med. Wochenschr. 11. Aug. 1908), der in 8 Fällen den von Bordet und Gengou gefundenen Bacillus züchten konnte, während er ihn in 30 anderen Fällen nicht fand. Diese negativen Ergebnisse erklärt B. damit, dass der Bacillus, der in den Anfangsstadien fast in Reincultur vorhanden ist, später, wenn Mund und Rachen Sitz von Mischinfectionen seien, sehr schwer auffindbar sei.

LEFFERTS.

85) **H. H. Donnially. Die gegenwärtige Kenntniss vom Keuchhusten. (Present knowledge of whooping cough.)** *N. Y. Medical Journal. 19. December 1908.*

Die neueren Statistiken zeigen, dass der Keuchhusten bei Kindern unter 5 Jahren eine grössere Mortalität giebt, als alle anderen Krankheiten mit Ausnahme von Diarrhoe, Enteritis, Pneumonie, Meningitis und Diphtherie. Verf. giebt eine Uebersicht über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über die Krankheit.

LEFFERTS.

86) **C. Fraenkel** (Halle a. S.). **Untersuchungen zur Entstehung des Keuchhustens.** *Münch. med. Wochenschr. No. 32. 1908.*

Fränkel prüfte die von Bordet und Gengou mitgetheilten Ergebnisse bezüglich des von ihnen gefundenen und als Keuchhusten-Erregers bezeichneten Stäbchens nach und konnte bei einer Reihe Untersuchungsergebnisse ein gleiches, positives Resultat erzielen. Autor bespricht eingehend Morphologie, Biologie, Pathologie und Thierexperiment und berichtet, dass es ihm gelang, bei Affen dadurch, dass er sie 15 Minuten einem dicht zerstäubten Nebel der Mikroorganismen aussetzte, experimentell eine unter dem Bilde des Keuchhustens auftretende und 8—10 Tage anhaltende Erkrankung hervorzurufen. Die Prüfung bezüglich der agglutinirenden Eigenschaften ergab ein unsicheres Resultat. Trotz vieler Hinweise auf die Specifität dieses Stäbchens will Autor die Frage, ob der geschilderte Mikroorganismus nun wirklich als Erreger des Keuchhustens anzusprechen sei, vorerst noch unentschieden lassen.

HECHT.

87) **Walther Kaupe** (Bonn). **Ein neues Keuchhustenmittel.** *Münchener med. Wochenschr. No. 27. 1908.*

Kaupe empfiehlt das von der Société anonyme „La Zyma" in Aigle (Schweiz) hergestellte Dialysat der Herba Thymi und Pinguiculae, das ihm unter allen bisher gebräuchlichen Keuchhustenmitteln die besten Ergebnisse brachte.

HECHT.

88) **Broeckaert** (Gent). **Recurrensparalysen cerebralen Ursprungs. (Paralysies recurrentielles d'origine cérébrale.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 5. 1908.*

Gestützt auf einen frischen persönlichen Fall, betont B. die Unvorsichtigkeit, sich auf Beobachtungen, die nicht mit der äussersten Sorgfalt aufgenommen wurden, zu verlassen, um eine cerebrale Laryngoplegie zu diagnosticiren.

Indem er die seiner Beobachtung vorausgehenden Theorien kritisirt, kommt er zu der Schlussfolgerung, dass wir einstweilen bis zum gegentheiligen Beweis annehmen müssen, dass die Läsion des corticalen Phonationscentrums die Hemiplegie des Larynx nicht herbeiführe. Es sei daher wahrscheinlich, dass die vermeintliche Nichtübereinstimmung der Klinik mit dem Experiment einzig und allein auf der falschen Deutung der Thatsachen beruht; um aber dieses Problem definitiv zu lösen, bedürfe es noch neuer Nachforschungen.

PARMENTIER.

89) **Roque** und **Chalier. Stimmbandlähmung cerebralen Ursprungs. (Paralysie d'une corde vocale d'origine cérébrale.)** *Lyon médical. No. 3. 13. Juni 1908.*

Patient, ein Alkoholiker, hatte Larynxkrisen gehabt; es bestand Oedem der rechten oberen Extremität.

Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand man das rechte Stimmband in Medianstellung. Exitus. Autopsie: 2 cm tiefer Erweichungsherd auf der Aussenfläche der linken Hirnhälfte im Parietallappen. Im Mediastinum und an den Recurrentes nichts Besonderes.

BRINDEL.

90) **W. Gleitsmann. Recurrens- und Abductorlähmung des Kehlkopfs; einführende Bemerkungen über Anatomie und Physiologie; Aetiologie der Lähmungen centralen Ursprungs. (Recurrent and abductor paralysis of the larynx; introductory remarks on anatomy and physiology; etiology of paralyses of central origin.)** *N. Y. Medical Record. 8. August 1908.*

91) **W. E. Casselberry. Recurrens- und Abductorlähmung des Kehlkopfs; Diagnose und Behandlung. (Recurrent and abductor paralysis of the larynx; diagnosis and treatment.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908.*

92) **Rice Clarence. Symptomatologie der Recurrens- und Abductorlähmung des Kehlkopfs. (Symptomatology of recurrens and abductor paralysis of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 8. August 1908.*

Cfr. Verhandlungen der 30. Jahresversammlung der American Laryngological Association, hier, 1908.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

93) **Chas. E. Sajous. Das Adrenothyreoidcentrum. (The adrenothyreoid centre.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Mai 1908.*

Unter diesem Namen wird die Glandula pituitaria oder ein wesentlicher Bestandtheil derselben verstanden, der durch directe Nervenverbindungen auf die Thyreoidea und die Nebennieren wirkt. Verf. hat eine Theorie über ein Schutzsystem aufgebaut, an das er auch Hoffnungen auf eine wissenschaftlich begründete Therapie knüpft.

LEFFERTS.

94) **Louis B. Wilson. Die pathologischen Veränderungen in der Schilddrüse bezogen auf die verschiedenen Symptome bei Basedow'scher Krankheit; auf Grund der pathologischen Befunde in 275 Fällen von Morbus Basedow. (The pathological changes in the thyroid gland as related to the varying symptoms in Graves's disease; based on the pathological findings in 275 cases of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1908.*

95) **Wm. S. Halstead. Die chirurgische Seite des Morbus Basedow. (The surgical aspects of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1908.*

Aus einer Discussion vor der New York Academy of Medicine. 16. April 1908.

LEFFERTS.

96) **Reinhold Dunger** (Johannstadt-Dresden). **Ueber acute nichteitrige Thyreoiditis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1908.*

Besprechung der einschlägigen Literatur, Unterscheidung zwischen Strumitis und Thyreoiditis, Erörterung der Aetiologie, Pathologie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie in eingehender Weise; Betrachtungen über die Beziehungen der acuten Thyreoiditis zur Basedow'schen Krankheit und Mittheilung von 7 Krankengeschichten von acuter nichteitriger Thyreoiditis, die sämmtlich wohl als secundäre anzusprechen sind. Sämmtliche Erkrankte waren weiblichen Geschlechts.

HECHT.

97) **A. Sandvoss. Ungewöhnliche Localisationen des Echinococcus.** *Dissert. Marburg 1907.*

S. referirt über vier Fälle. Bei Fall 2 sass der Echinococcus in der Schilddrüse: Rasch wachsende fluctuirende Geschwulst bei der 22jährigen Patientin; breite Eröffnung, Heilung.

OPPIKOFER.

98) **Guillot. Die Hydatidencysten der Schilddrüse. (Les kystes hydatiques du corps thyroïde.)** *Bulletin médical. 20. Januar 1909.*

Ein neuer Fall, der zu den 20 bisher bekannten hinzukommt. Bei dem 29jährigen Patienten hat sich die Cyste seit 11 Jahren entwickelt. Der Allgemeinzustand ist ausgezeichnet; es bestehen nur Compressionserscheinungen von Seiten der Nachbarschaft.

GONTIER de la ROCHE.

99) **Viktor Hufnagel** (Bad Orb). **Basedow im Anschluss an tuberculöse Erkrankungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 46. 1908.*

H. berichtet, dass sich in dem der Kinderheilanstalt zu Bad Orb zugehörigen Sanatorium für Erwachsene 6 weibliche Patienten befanden, die neben einem tuberculösen Lungenspitzenkatarrh einen vollentwickelten Basedow zeigten. Diese Vergesellschaftung beider Krankheiten ist auch bei Kindern nicht so sehr selten. Von 1246 Kindern der Anstalt litten 6 an beiden Affectionen, ausserdem 19 an Basedow und Skrofulose. Autor schliesst sich der Annahme Dunger's an, die er hier auf die Tuberculose überträgt, dass das von den im Blute kreisenden Tuberkelbacillen gebildete Gift die eigentliche ätiologische Noxe für den Basedow darstelle.

HECHT.

100) **P. Spratling. Das vierte wichtige Symptom bei Morbus Basedow. (The fourth important symptom in exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 12. December 1908.*

Das Symptom besteht darin, dass der Patient nicht im Stande ist, bei forcirter Inspiration den Thorax mehr als 2—2,5 cm auszudehnen.

LEFFERTS.

101) **Alfred Stengel. Einige Betrachtungen über Morbus Basedow vom ärztlichen Standpunkt. (Some considerations of exophthalmic goitre from the medical standpoint.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1908.*

Der Practiker hat drei wichtige Typen der Krankheit zu unterscheiden:

1. Fälle mit mässiger Schilddrüsenhyperplasie, mit geringen Symptomen von Hyperthyreoidismus.

2. Typische Fälle von Hyperthyreoidismus mit organischen Veränderungen in der Schilddrüse. Dies sind die Fälle von klassischem Morbus Basedow.

3. Fälle von schon lange bestehendem Kropf oder andersartiger Schilddrüsenerkrankung, zu der Erscheinungen von Basedow hinzutreten. Diese Fälle gehören in das Gebiet der Chirurgie.

LEFFERTS.

102) **Baumann. Behandlung des Morbus Basedow mit Antithyreoidin Moebius. (Treatment of exophthalmic goitre with the antithyreoidin of Moebius.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juli 1908.*

Verf. berichtet über einen vollen Erfolg in einem sehr ausgesprochenen Fall

von Morbus Basedow bei einer 27jährigen Frau. Es wurden zuerst dreimal täglich 8 Tropfen, dann 10 Tropfen gegeben. Die Behandlung dauerte nur drei Wochen; es wurden im Ganzen 30 ccm des Mittels gegeben. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

103) **Armin Huber. Idiopathische Erweiterung des Oesophagus. (Idiopathic enlargement of the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1909.*

Verf. giebt einen sehr ausführlichen Bericht über zwei Fälle dieser beim Lebenden selten erkannten Affection. Die beiden Patienten waren 52 resp. 20 Jahre alt. Die hauptsächlichsten Punkte für das Interesse aus den Krankengeschichten sind, dass es gelang, die Diagnose frühzeitig mittels Röntgenverfahrens zu stellen, ferner die erhebliche Erleichterung, die man den Patienten durch Fütterung mit der Schlundsonde verschaffte. LEFFERTS.

104) **Samuel F. Adams. Spastische Strictur des Oesophagus bei einem 4 Monate alten Kind. (Spasmodic stricture of the esophagus in an infant of four months.)** *N. Y. Medical Record. 24. October 1908.*

Das Kind war normal ernährt. Beim Versuch zu schlucken, trat ein Hinderniss ein, das 16—24 Stunden anhielt. Jeder Versuch zu schlucken, verursachte Regurgitiren. Bis zum Alter von 3 Monaten hatte das Kind gut geschluckt. Beim Versuch, es mit der Schlundsonde zu füttern, wurde ein falscher Weg gemacht und das Kind starb an Pneumonie. LEFFERTS.

105) **Sidney Lange. Die Frühdiagnose der Oesophagusstrictur. (The early recognition of esophageal stricture.)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1909.*

Verf. bespricht den Nutzen der Bismuthmethode. LEFFERTS.

106) **Becker** (Dassel). **Lysol als inneres Mittel bei Oesophaguscarcinom.** *Der pract. Arzt. 1. 1909.*

Als Palliativmittel wird empfohlen: Lysol 10,0, Extr. Condurango fluid. 10,0, Sir. cort. aurant. 80,0. MDS. 2—3stündlich nach Genuss einer Tasse Milch 1 Theelöffel voll langsam herunterschlucken. SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Gerber. Die Complicationen der Stirnhöhlenentzündungen.** Berlin 1909. Verlag S. Karger.

Zweck der vorliegenden Arbeit ist, „eine Uebersicht zu geben über das, was z. Z. von den Complicationen der Stirnhöhlenentzündung überhaupt bekannt ist". Diese Complicationen sind es, welche die Stellung der Nebenhöhlenaffectionen in der allgemeinen Pathologie bestimmen und die uns den Contact mit der allgemeinen Medicin suchen und finden lassen. Abgesehen aber von der principiellen Bedeutung ihres Vorkommens ist ihre grössere oder geringere Häufigkeit für ihre Bewertung ausschlaggebend. Sind jene schweren Mitaffectionen des Auges und des

Hirnes nichts als vereinzelte üble Zufälle, so verdienen sie keine Beachtung, sind nur eine Quantité négligeable. Sind sie aber häufiger, als man bisher annahm, so gebührt ihnen auch mehr Aufmerksamkeit als man bisher dafür gehabt hat.

Vorbedingung für das Uebergreifen einer Nebenhöhlenerkrankung auf die Nachbarschaft ist die Erkrankung der Höhlenwand: „ihr Intactsein verbürgt dem Organismus die Gewissheit einer rein localen Erkrankung“ (Eiterresorption bei gesunder Knochenwand, die Infection auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen treffen nur für die geringere Zahl der Fälle zu); „ihre Mitaffection eröffnet eine ganze Reihe verhängnissvoller Möglichkeiten.“ Dem Nachweis nun, dass bei Stirnhöhlenerkrankungen die Knochenwände viel häufiger in Mitleidenschaft gezogen werden, als man bisher anzunehmen pflegte, dient der erste Theil des Gerber'schen Buches. Er hat aus der Literatur und seinem eigenen Material folgende Fälle zusammengestellt: Periostitis und Ostitis (subperiostaler Abscess) 78 Fälle, darunter 8 eigene; Caries und Nekrose (Antritis frontalis abscedens) 319 Fälle, darunter 11 eigene; Antrit. frontal. dilatans: a) Empyema cum dilatatione 38 Fälle, darunter 3 eigene; Mukocele und Pyocele, Cysten, Hydrops 178 Fälle; Pneumatocele 14 Fälle, Cholesteatom 5 Fälle.

All diese Affectionen werden mit ausführlichen Krankenberichten belegt, welche die verschiedenen Phasen der einzelnen Krankheitsprocesse deutlich hervortreten lassen. Die Wichtigkeit einer noch sorgfältigeren Beachtung und Bewerthung eventueller Betheiligung der Knochenwände wird überzeugend dargethan. Wie lange diese noch einer spontanen Rückbildung fähig sind, wann eine Radicaloperation conditio sine qua non ist, — das zu entscheiden, reicht nach Ansicht des Ref. das vorhandene Material noch nicht aus. Besonders hervorheben möchte ich aus diesem Abschnitt die Besprechung der Antritis frontalis dilatans, welche eine befriedigende Lösung der bisherigen Gegensätze anbahnt.

Die gleiche Genauigkeit und Klarheit wie bei diesen klinischen Capiteln finden wir bei der Bearbeitung der Anatomie und Histologie, der Mechanik der Infection und der Bacteriologie. Ueberall tritt der lebendige Zusammenhang zwischen der theoretischen Forschung und den practischen Bedürfnissen deutlich hervor: wir erkennen die folgenschwere Bedeutung der Anomalien der Stirnhöhle, ihr Fehlen, ihre versteckten Nebenräume, die Dehiscenzen in der Knochenwand, die Eigenthümlichkeiten der periostalen Bekleidung, die Zusammenhänge der Blut- und Lymphwege der Stirnhöhle mit denjenigen des Auges und des Schädelinnern, der bakteriellen Flora u. s. w.

Augenveränderung als Complication der Stirnhöhlenerkrankung wurde 454mal festgestellt (38 eigene Fälle), alle diese werden kritisch und epikritisch genau durchgesprochen: die Veränderungen der Orbita, der Adnexe und des Bulbus, die functionellen Störungen wie die noch recht unklaren Augenaffectionen, bei denen ein directer Zusammenhang mit der Nebenhöhlenaffection nicht nachweisbar ist. Antwortlich der Frage, wie Nasen- und Augenarzt ihre Competenzen gegen einander abgrenzen sollen, scheint G. sich mehr dem Standpunkt Birch-Hirschfeld's als demjenigen Axenfeld's zu nähern, es scheint ihm mehr erstrebenswerth, dass Augen- und Nasenarzt zusammenarbeiten, als dass jeder von beiden auf Kosten des Anderen sein Arbeitsgebiet erweitert.

Bei der Bearbeitung der intracraniellen Complicationen, dieses schwierigsten Theiles der ganzen Materie, tritt der wesentlichste Vorzug der Gerber'schen Monographie, seine methodische Klarheit, ganz besonders wohlthuend hervor. Die ganze Materie wird in folgende Capitel eingetheilt: 1. Stirnhöhlenentzündungen mit septischen und cerebralen Symptomen ohne entsprechenden Operationsbefund (9 Fälle, 1 eigener); er ist geneigt, diese Fälle nach Körner als Vorstufen zur Leptomeningitis anzusehen. 2. Pachymeningitis externa circumscripta, 5 Fälle, sonst häufig als Nebenbefund constatirt, ähnlich wie der 3. Extraduralabscess, der als selbständige Erkrankung 28 mal constatirt wurde, und 4. die Pachymeningitis interna; 5. Meningitis serosa — 3 Fälle; 6. Leptomeningitis purulenta (51 Fälle), bei der Gerber nach den klinischen Erscheinungen drei Formen unterscheidet: a) eine apoplectiforme, b) eine schleichende, c) eine intermittirende: 7. Thrombophlebitis, Pyämie und Sepsis, 13 Fälle. 8. Hirnabscess (65 Fälle) — in jedem einzelnen dieser Capitel sind die Mechanik der Infection, die Pathologie und Symptomatologie eingehend und erschöpfend behandelt. Zum Schluss werden noch die ätiologische Bedeutung der Lues, Tuberculose und der Infectionskrankheiten besprochen und endlich die allgemeinen Verhaltungsmaassregeln, die der Verf. aus dem gesammelten Material zieht. Dass diese recht radical ausfallen bei einem Autor, der jahrelang mit heissem Bemühen alle „Complicationen" aus aller Herren Länder gesammelt hat, ist gewiss leicht zu verstehen. Wer Aehnliches für die Erkrankungen des Blinddarms thun wollte, könnte leicht dazu kommen, sich und all seinen Angehörigen prophylactisch den Appendix entfernen zu lassen. Aber der Schrecken dieser Zahlen wird doch sehr erheblich gemindert, wenn man bedenkt, dass diese 600—700 „Complicationen", aus der ganzen civilisirten Welt zusammengetragen, doch immer nur einen kleinen Bruchtheil der Gesammterkrankungen der Stirnhöhle ausmachen: wieviel Hunderttausende mögen an Stirnhöhleneiterungen leiden und gelitten haben, die niemals einen Arzt consultirt haben, eben weil sie keine Complicationen verursachten, während doch die Fälle, bei denen Auge oder Gehirn miterkrankten, fast ausnahmslos ärztliche Hilfe nachsuchen. Es ist auch wohl begreiflich, dass selbst ein streng conservativer Operateur seine Ansichten ändert, wenn er bei einem anscheinend durchaus harmlosen Falle auf dem Operationstisch oder bei der Autopsie unvermuthet schwerste Veränderungen findet, die vorher nicht diagnosticirbar waren. Ich verstehe es, wenn man nach derartigen Erfahrungen sich entschliesst, lieber 10 Fälle, die vielleicht auch ohne Eingriff ausgeheilt wären, zu operiren, als in einem Falle den rechten Zeitpunkt zu versäumen. Ich kann, wie gesagt, diesen Standpunkt verstehen, aber er ist nicht der meinige, und ich glaube, wenn man an alle Rhinologen der Welt eine Rundfrage richten würde: „Habt Ihr ebenso wie Gerber, der 493 Fälle von Stirnhöhlenaffectionen mit insgesammt 24 Complicationen gesehen hat, 80 mal, d. h. in jedem 8. Falle, eine Radicaloperation für nothwendig gehalten, und wie oft habt Ihr, wenn Ihr conservativer waret, Eure Zurückhaltung zu bedauern gehabt?" — ich glaube, man würde nicht allzuviel Antworten erhalten, die Gerber zustimmen. Ich wenigstens, der ich keine Nebenhöhlenerkrankung für eine Quantité négligeable halte, habe bei der grossen Anzahl von Stirnhöhlenaffectionen, die ich gesehen habe, auch nicht annähernd so oft wie Gerber die Radical-

operation ausgeführt, und doch sind mir bis jetzt trübe Erfahrungen erspart geblieben. — Dass wir bei ernsten Complicationen von Nebenhöhlenerkrankungen operiren müssen, das haben wir aus den Erfahrungen der letzten Jahre gelernt; gern will ich auch Gerber zugeben, dass wir noch zulernen müssen, um die Indicationen zur Radicaloperation immer präciser herauszuarbeiten, aber dass wir umlernen müssten, wie Gerber meint, das will mir nicht recht in den Kopf.

Ich habe es für wünschenswerth gehalten, meine abweichende Meinung ausführlicher, als das sonst in einer Bücherbesprechung der Fall zu sein pflegt, zum Ausdruck zu bringen, weil es mir der Bedeutung der Gerber'schen Monographie zu entsprechen schien, denn ich rechne dieses Buch zu den besten, welche uns die letzten Jahre gebracht haben: ein Werk, das trotz seiner minutiösen Gründlichkeit in der Anordnung der Materie so klar und übersichtlich, in der Diction so gewandt und formvollendet ist, bedeutet einen hohen Gewinn für unsere Disciplin. A. Kuttner (Berlin).

b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

54. Sitzung vom 8. April 1908.

Vorsitzender: H. Mygind.
Schriftführer: L. Mahler.

I. Jörgen Möller: Röntgenographische Untersuchungen über den Mechanismus der Brust- und Falsettstimme. (In erweiterter Form als Vortrag auf dem 1. internationalen Laryngologencongress gehalten, in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde in extenso veröffentlicht.)

Im Uebrigen otologische Mittheilungen.

55. Sitzung vom 14. October 1908.

Vorsitzender: H. Mygind.
Schriftführer: L. Mahler.

I. Vald. Klein: Fall von ungewöhnlich langgestielter Kehlkopfcyste.

74 jähriger Mann; durch 9 Monate zunehmende Heiserkeit, ferner in der Rückenlage Erstickungsanfälle. Kehlkopfschleimhaut nach vorn stark geschwollen; während des Phonirens wird ein glatter, bohnengrosser Tumor zwischen den Stimmbändern hinauf gepresst; der Tumor wird mittels der kalten Schlinge entfernt, ist wurstförmig, $2^1/_2$ cm lang, 1 cm im Durchmesser; die Insertionsstelle liegt im vorderen Theil des rechten Taschenbandes. Mikroskopie: Eine mit seröser Flüssigkeit gefüllte Cyste, deren Wand eine directe Fortsetzung des Schleimhautbindegewebes bildet; die Oberfläche von gewöhnlichem Epithel gedeckt. Nirgends Zeichen von Malignität.

II. E. Schmiegelow: Demonstration von einem Falle tuberculöser Neubildung im Kehlkopfe, durch Thyreotomie geheilt.

49 jährige Wittwe, seit Januar 1907 Heiserkeit, etwas Husten und Auswurf. Juni 1907 wurde eine höckerige Infiltration des linken Taschenbandes gefunden,

das linke Stimmband immobil. Mikroskopie: Plattenzellencarcinom. Es wurde Thyreotomie vorgenommen, beide Taschenbänder wurden entfernt und die Innenseite des Schildknorpels mit scharfem Löffel behandelt. Mikroskopie jetzt: Typische Tuberculose. Die Wunde heilte schnell. Patientin befindet sich sehr wohl, die Stimme nur etwas heiser; das Kehlkopfinnere narbig.

Eigenthümlich ist erstens die falsche histologische Diagnose, dann aber auch, dass ein so ausgedehntes tuberculöses Leiden völlig ausheilte. Hätte S. gewusst, dass es sich um Tuberculose handle, hätte er die Thyreotomie kaum gewagt, indem grössere externe Eingriffe sehr leicht eine acute Miliartuberculose veranlassen. Zum günstigen Erfolg haben zweifellos beigetragen, erstens die energische Entfernung alles krankhaften Gewebes, dann aber auch der primäre Verschluss der Wunde, wodurch die postoperative Reizung der Luftwege verhütet wurde.

III. N. Rh. Blegvad: Oto-laryngologische Eindrücke aus Amerika. Aus einer Studienreise in den Vereinigten Staaten im Winter 1907—08.

Die Specialisirung ist in Amerika sehr weit getrieben, z. B. findet man in Chicago etwa 10 pCt. Oto-Laryngologen gegen 2 pCt. in anderen Ländern. Die Ausbildung ist jetzt bedeutend besser als früher, die Studienzeit ist auf mindestens 4 Jahre fixirt. Oto-Laryngologie ist obligatorisch, die wesentliche Ausbildung der Specialisten findet aber in „Post-graduate Schools" statt, wo die approbirten Aerzte ihre weitere Ausbildung suchen.

Der amerikanische Specialist zeichnet sich durch grosse Selbstständigkeit und grosses Arbeitsvermögen aus, ferner durch eine grosse Liebenswürdigkeit und Gastlichkeit dem besuchenden Arzt gegenüber. Das Avanciren geht schnell, indem man sich nicht fürchtet, verantwortungsvolle Stellen jüngeren Aerzten anzuvertrauen.

Die meisten Hospitäler erlauben einem jeden Arzt seine Patienten einzuliefern und zu behandeln, ausserdem giebt es aber in den grossen Städten grosse Specialhospitäler; das schönste unter diesen ist „Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital", das geradezu musterhaft eingerichtet ist; es fasst 125 Betten.

Die Adenotomie wird fast überall in tiefer Narkose ausgeführt. Die Tonsillen werden meistens sehr gründlich entfernt, nach Ablösen der Gaumenbögen pericapsulär ausgeschält. Die submucöse Septumresection wird ausserordentlich viel ausgeführt; die Methode ist sehr wechselnd, am besten ist die von Freer. Auf dem Gebiete der Broncho- und Oesophagoskopie sind die Amerikaner weit vorgeschritten, vor allem zeichnet sich Jackson aus, der sich auch um die Gastroskopie besonders verdient gemacht hat. Die amerikanischen Laryngologen beschränken sich nicht auf die endolaryngealen Operationen, sondern nehmen auch grössere Operationen vor.

IV. P. Tetens Hald: Fall von Oesophaguspolyp (Fibroma lymphangiectaticum) durch Oesophagoskopie entfernt. Demonstration des Präparates.

Ein 58jähriger Mann hatte seit 2 Jahren zunehmende Schlingbeschwerden: er hatte das Gefühl, als blieben feste Speisen irgendwo stecken, dann kamen nachher Schmerzen und Erbrechen. Während der letzten $1^1/_2$ Jahre hatte er sich

fast ausschliesslich von flüssigen Speisen genährt. Die dickste Olivenbougie passirte anstandslos die Speiseröhre. Bei der Oesophagoskopie grösstentheils normale Verhältnisse; als jedoch der Tubus zurückgezogen wurde, erschien plötzlich eine polypenartige Excrescenz vor der Mündung, 20 cm von der Zahnreihe entfernt; sie wurde entfernt, war 4 cm lang, $^1/_2$ cm dick. Mikroskopie: Fibroma lymphangiectaticum. Die Schleimhaut direct oberhalb der Cardia etwas geschwollen und geröthet; ein exstirpirtes Gewebsstückchen ist noch nicht mikroskopisch untersucht worden.

Nach der Entfernung des Polypen nahmen die Schlingbeschwerden allmählich ab; eine vor 3 Wochen constatirte linksseitige Recurrensparalyse ist jetzt zurückgegangen. Bei der Röntgenuntersuchung ist der Schatten der Aorta etwas breiter als normal.

Die gutartigen Neubildungen des Oesophagus sind ziemlich selten; was aber in dem vorliegenden Falle von besonderem Interesse ist, ist die Frage, ob es wirklich der Polyp war, der die Schlingbeschwerden verursachte. Freilich macht sein lymphangiectatischer Bau es möglich, dass er infolge Stauung vielleicht beträchtlich anschwellen konnte; andererseits aber war das Aussehen der Schleimhaut des unteren Theils des Oesophagus sehr verdächtig, so dass es vermeintlich erst nach einer längeren Observationszeit möglich sein wird, sich mit Sicherheit über die wirkliche Ursache der Schlingbeschwerden auszusprechen.

Discussion: Mygind. Jörgen Möller.

---

c) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

Sitzung vom Januar 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Kelson: Blutender Nasenpolyp.

Sitz der Geschwulst war vorn am Nasenboden.

Jobson Horne: Fall von Erkrankung der Epiglottis.

Es handelt sich um die Frage der Operation wegen einer malignen Affection.

Tilley: 1. Fibröse und excentrische Einschnürung der Trachea in Höhe des 6. Trachealrings.

Es handelte sich um eine wahrscheinlich syphilitische Veränderung bei einem Manne.

2. Resultat der modificirten Killian'schen Operation bei chronischen Stirnhöhlenempyem.

Sofortiger Verschluss der Wunde, nachdem eine breite Communication mit der Nasenhöhle hergestellt ist. Diese Modification eignet sich jedoch nicht für alle Fälle.

Stuart Low spricht über die Methode Killian's Neuralgien dadurch zu vermeiden, dass man ein Stückchen vom Supraorbitalnerven excitirt.

Jobson Horne: 1. Demonstration von Präparaten von Trachealerkrankungen.

a) Gestieltes Papillom an der Bifurcation.

b) Papillom der Vorderwand bei einem Kinde.

c) Trachea einer an Suffocation gestorbenen Frau, deren Wände übersät sind von papillomatösen Excrescenzen: das Bild ähnelt einer syphilitischen diffusen Pachydemie. Metaplasie des Epithels in Pflasterepithel.

d) Diphtherischer Ausguss der Trachea mit zahlreichen Bacillen.

2. Fall von Tumor des äusseren Halses.

Entweder Lipom oder Branchialcyste.

Donelan: Tumor des rechten Schilddrüsenlappens.

Es bestand Dysphagie und Lähmung des rechten Recurrens. Bei dem 50jährigen Patienten trat unter antisyphilitischer Behandlung erhebliche Besserung ein.

In der Discussion vertraten einige Redner die Ansicht, dass es sich um einen bösartigen Tumor handle.

Creswell Baber: Weiche maligne Geschwulst der unteren Muschel bei einer alten Frau.

Sitzung vom 7. Februar 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Parkes Weber: Ein Fall von hereditär entwickelten Angiomen (Teleangiectasien) der Haut und Schleimhäute mit recidivirenden Blutungen.

Der Fall ist beschrieben in Lancet, 20. Juli 1907 und in Report Clinical R. S. M. 10. Jan. 1908. Es fanden sich Teleangicetasien in Mundhöhle, Pharynx und Nase, sowie auf der äusseren Haut.

Sir Felix Semon (für Dr. Sidney Phillips): Ein Fall von multiplen Teleangiectasien.

Der Fall wurde in der klinischen Section der Royal Society of Medicine 10. Jan. 1908 vorgestellt.

Es handelte sich um eine 56jährige Frau mit erhabenen Teleangiectasien auf der Zunge, der Mundschleimhaut und im Nasenloch mit häufigen Blutungen. Der Vater litt an Nasenbluten; eine Schwester starb an Blutungen aus dem Zahnfleisch und die Tochter, die ebenfalls vorgestellt wurde, hatte Gefässerweiterungen auf der Zunge und litt an Nasenbluten.

Brown Kelly: Demonstration von Abbildungen dreier Patienten mit Teleangiectasien der Haut und der Schleimhaut in Nase und Mund.

Sir Felix Semon betont, dass in vielen laryngologischen Lehrbüchern diese Affection nicht erwähnt wird. Die häufigste Stelle, an der in diesen Fällen Blutungen auftreten, ist der Locus Kiesselbach.

Donelan: Makroskopische und mikroskopische Präparate von einer Geschwulst des rechten Schilddrüsenlappens.

(Vorgestellt in der Januarsitzung.)

Tod in Folge Blutung in die Trachea.

Es handelte sich um einen Tumor, der mit der Trachea und dem Oesophagus verbunden war. Es handelt sich um ein Plattenzellencarcinom. Es bestand Infiltration des Vagus.

Donelan: Intranasale Hypertrophie, besonders der mittleren Muscheln mit Kopfschmerzen und fortwährendem, fast ausschliesslich auf die äussere Nase beschränktem Schwitzen.

Es handelte sich um eine 18jährige Frau.

Davis meint, das lokalisirte Schwitzen sei zurückzuführen auf einen Druck, der auf die vasomotorischen Nerven der Nase ausgeübt werde.

St. Clair Thomson: 1. Fall von specifischer Pachydermie (?).

35jähriger Mann mit einer seit 3 Jahren bestehenden Heiserkeit und symmetrischen Erhabenheiten an den Processus vocales.

2. Fall von Mucocele der rechten Stirnhöhle.

Die Symptome bestehen seit 3 Jahren; es ist Verdrängung des Auges vorhanden. Bei Entleerung von Eiter lassen die Beschwerden nach.

In der Discussion geben Tilley und Lack der Meinung Ausdruck, dass eine Erkrankung der Siebbeinzellen vorliege. Einige Redner halten es für rathsam, gleichzeitig das Antrum und die Stirnhöhle zu operiren.

3. Radiographie.

Die Aufnahme soll zeigen, wie man die Grenzen des Siebbeins wie der Stirnhöhle vor der Operation bestimmen kann.

Watson Williams: 1. Mikroskopische Präparate zur Pathogenese einiger Formen von Nasenpolypen.

Die Präparate zeigen eine von circumscriptem Oedem umgebene Gruppe von Lymphgefässen, die mit nach Gram nicht färbbaren Kokken vollgepfropft sind.

Es wird der Gedanke ausgeführt, dass das Oedem durch die Verlegung der Lymphgefässe verursacht worden sein kann.

2. Universal-Kehlkopfzange für die directen und indirecten Methoden.

Jobson Horne: Linksseitige Lähmung der Znnge.

41jährige Frau. Plötzliches Einsetzen der Krankheit vor 5 Monaten, nachdem 3 Tage vorher zur Vornahme einer Zahnoperation eine submucöse Cocaininjection gemacht worden war. Vorher hatten Hinterhauptschmerzen auf derselben Seite bestanden.

Davis legt dem Vorhandensein der Entartungsreaction wenig Bedeutung bei. Er hält die Lähmung für eine functionelle.

Clayton Fox meint, das Vorhandensein gleichzeitiger Schmerzen im Occipitalnerven lege die Vermuthung nahe, dass eine beide Nerven betreffende Affection vorliege, wie ein Wirbelaneurysma.

Harold Barwall: Ein Fall von Nekrose des Aryknorpels.

Chichele Nourse: Ein Fall von Nasensarkom nach der Operation.

Entfernung einer ausgedehnten malignen Geschwulst der Siebbeingegend nach Resection des Processus nasalis des Oberkiefers, sowie von Theilen des Nasen- und Thränenbeins. Schnelle Heilung.

Jobson Horne bezweifelt die sarkomatöse Natur nach dem makroskopischen Befunde.

Stuart Low: 1. Fall von völligem Verschluss der vorderen Nasenlöcher mit partieller und progressiver Atresie des Naso- und Oropharynx.

Frau von 39 Jahren, deren Anamnese an hereditäre Syphilis denken lässt. Calmetteprobe und Tuberculininjection legen die Vermuthung auf Tuberculose mit Syphilis nahe.

2. Fall nach radicaler Oberkieferhöhlenoperation mit vereinfachter Nachbehandlung.

Die Höhle wird 48 Stunden lang tamponirt; Irrigation der Höhle, indem die Flüssigkeit von der Mundhöhle aus durch die Antrumöffnung in die Nase gespült wird.

In der Discussion wird von einigen Mitgliedern das Offenhalten der oralen Oeffnung stark kritisirt.

Tilley: Epitheliom des linken Stimmbandes im Frühstadium.

Horsford: Fall eines 17jährigen Mädchens mit genuiner Baritonstimme.

Im Alter von 14 Jahren trat Stimmwechsel ein, vorher bestand eine „Knabenstimme". Während des Stimmwechsels machte sie die Wahrnehmung, dass sie sowohl mit tiefer wie hoher Stimme singen konnte, später cultivirte sie nur die tiefe Stimme und verlor die hohe. Sie trat in Concerthallen auf. Die Mammae waren von femininem Typus und sie hatte menstruirt. Gegenwärtig ist die Stimme um eine Octave tiefer als Contraalt. Die Stimmlippen sind roth und geschwollen und bestehen Knötchen an ihnen.

Aitken hält die Stimmlippen für länger als sie gewöhnlich bei Frauen sind, doch nicht so, wie sie beim typischen männlichen Larynx sind.

Sir Felix Semon hat den Eindruck erhalten, dass die Stimme weder Bariton noch Contraalt ist und dass das Organ kleiner ist, als beim Mann.

Dan Mc Kenzie: Endotheliom vom harten Gaumen entfernt.

Der Tumor wurde aus einer Kapsel im Periost herausgeschält.

Dundas Grant und Dan Mc Kenzie: Fall von medianer Halsfistel. (Vorgestellt in der Decembersitzung.)

Die Fistel wurde bis zum Zungenbein ausgeschnitten.

Sitzung vom 6. März 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Harold Barwell: Nekrose des Aryknorpels bei einem Mann.

In der Interarytaenoidregion befand sich ein weisser in die Glottis vorspringender Gegenstand; es bestand Schwellung und Fixation des rechten Aryknorpels. Seit 18 Monaten war Heiserkeit und Dyspnoe vorhanden. Antisyphilitische Behandlung hatte kein Resultat gebracht. B. schlägt vor, die Tracheotomie zu machen und den Knorpel auf oralem Wege zu entfernen.

George K. Grimmer: Partieller Verschluss der vorderen Nasenlöcher durch eine congenitale häutige Membran bei einem 32jährigen Mann.

Die Membran war im Innern jedes Vestibulum gelegen und verschloss den unteren Theil des Nasenloches. Die Membran wurde in einem Falle auf blutigem Wege, im anderen durch Galvanokaustik entfernt. Resultat war gut.

Betham Robinson: 1. Syphilitische Narben im Pharynx und Larynx.

Patient ist ein 36jähriger Mann; es besteht subglottische und glottische Stenose.

2. Endotheliom im oberen Theil des Oesophagus und der Trachea. (Präparat.)

Während des Lebens war eine subglottische Geschwulst zu sehen und es bestand doppelseitige Abductorlähmung. Keine Vergrösserung der Lymphdrüsen.

Sir Felix Semon lenkt die Aufmerksamkeit auf die subglottischen Tumoren als causales Moment bei Abductorlähmung.

D. R. Twerdie: Anscheinend aus papillomatösen Massen zusammengesetzte Tonsillen.

St. Clair Thomson: Wahrscheinlich bestehen die Auswüchse aus gewöhnlichem Tonsillargewebe.

E. B. Waggett: Fall von multiplen Teleangiectasien bei einem 55jährigen Mann; seit 35 Jahren bestehende Epistaxis und andere Blutungen.

Eine Schwester des Patienten hat eine ähnliche Krankengeschichte. Es treten häufig Blutungen aus dilatirten Gefässen an den Lippen und Wangen auf und am Locus Kiesselbach. Das Blut gerann sehr langsam. Es bestand congenitale Fensterung der Gaumenbögen.

De Santi hat einen ähnlichen Fall mit Blutungen aus der Nase und dem Rectum gesehen.

Steward: Mucocele der linken Stirnhöhle bei einer 62jährigen Frau.

Seit 11 Jahren war Deformation und Ptose vorhanden mit mucopurulenter Absonderung aus der Nase. Eine im Jahre 1899 gemachte Incision beseitigte die

Schwellung für 3 Jahre. Gegenwärtig ist die Orbitalfläche elastisch und nicht knöchern; das Skiagramm zeigt Dilatation der Stirnhöhle.

Tilley hat nur zweimal Mucocele der Stirnhöhle gesehen; er hält den vorliegenden Fall für eine Frontoethmoidalmucocele.

Scanes Spicer ist derselben Meinung und findet eine Schwellung in der Nase.

Watson Williams vermuthet ausserdem eine Exostose.

Mehrere Redner sprechen über die Möglichkeit, in solchen Fällen ein gutes Resultat durch intranasale Operationen zu erlangen.

Hunter Tod: Angiom des weichen Gaumens.

Das Angiom hatte die Grösse eines Eies und nahm den weichen und harten Gaumen ein. Patient war ein 48jähriger Mann.

Watson Williams hat in einem ähnlichen Fall Heilung durch 20 elektrolytische Sitzungen erzielt.

Steward und Powell empfehlen Unterbindung der Carotis externa vor Anwendung der Elektrolyse; in Fällen von septischen Complicationen können bedrohliche Blutungen auftreten.

Steward hat Embolie im Circulus Willisii nach Paraffininjectionen gesehen.

St. Clair Thomson: Lepra mit Läsionen des Velum und des Pharynx.

5 Jahre alte Krankengeschichte eines farbigen Matrosen. Während eines fieberhaften Zustandes fand man massenhaft Bacillen im Nasensecret. Am weichen Gaumen befand sich eine radiäre Narbe im Centrum; die Epiglottis war verdickt. Die Nase zeigte das Bild der atrophischen Rhinitis.

H. B. Davis: Starke Deviation des knöchernen Septums.

Discussion über die Methode der Operation.

De Havilland Hall: Ein Fall von Aphonie.

24 jähriger Mann mit recidivirender Aphonie.

Sir Felix Semon, Tilley und Dundas Grant erwähnen Fälle von functioneller Aphonie bei kräftigen Männern.

Dundas Grant: Lupus des Kehlkopfs und Rachens bei einem jungen Mann.

Donelan: Ein Fall von Aphonie.

Es schliesst sich eine Discussion an über die Methoden der Behandlung bei functioneller Aphonie.

Dundas Grant: Epitheliom der Epiglottis und des halben Kehlkopfs, das sich auf die Rachenwand ausbreitet.

Es wird die Frage der Operation erörtert.

Davis: Das Fein'sche Adenotom.

Es werden die Vorzüge und Nachtheile der lateralen Krümmung erörtert.

Scanes Spicer: Papilläre Neubildung an beiden Stimmlippen von intensiv weisser Farbe bei einem 35jährigen Mann.

Patient ist in den letzten Jahren bei zwei Gelegenheiten vorgestellt worden. Es war vorher eine Geschwulst entfernt worden, die klinisch und makroskopisch sich als Papillom erwies. S. betrachtet die weisse Farbe als von Keratose herrührend.

Sir Felix Semon wiederholt den schon vor 2 Jahren geäusserten Verdacht, dass es sich um eine bösartige Geschwulst handeln könne.

Pegler stellt fest, dass früher entfernte Stücke nur eine Anhäufung von Epithel erkennen lassen. Er räth, mikroskopisch auf Leptothrix zu färben.

Mc. Bride hält den Fall für einen solchen von Keratose; er führt ähnliche Fälle an, darunter einen von Logan Turner, bei dem verschiedene keratotische Stellen im Kehlkopf vorhanden waren.

Dundas Grant führt einen in Krieg's Atlas abgebildeten Fall an.

E. B. Waggett.

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. November 1908.

Echtermeyer zeigt einen Patienten mit einer Kiefercyste, die etwa $^2/_3$ der Kieferhöhle einnimmt.

Sturmann zeigt eine neue Art der Befestigung von Reflectoren und elektrischen Lampenträgern an Stirnreifen (Gabelklaue) und eine Reihe von Instrumenten zur Eröffnung der Kieferhöhle.

Broeckaert: Ueber bulbäre Centren der Kehlkopfnerven.

Nach Ausreissen der Kehlkopfnerven fand B. bei Kaninchen, in Bestätigung der Resultate von de Beule, dass die Zellen des dorsalen Vaguskerns typische Chromolyse zeigten, dagegen der ventrale Theil immer unverändert blieb. Es ist ihm demnach nicht zweifelhaft, dass — wenigstens bei Kaninchen — der Sitz der bulbären Kehlkopfcentren nur im Dorsalkern zu finden ist.

Jacobsohn: Bei der Methode der Herausreissung der Nerven wird besonders die Stelle getroffen, wo der Nerv im Hirnstamm ausmündet. Ein Zug am Vagus wird besonders den Punkt treffen, wo der dorsale Vaguskern liegt, weil dorthin ein Theil der Vagusbündel direct einstrahlt, und dementsprechend wird dieser Punkt lädirt. Er braucht daher noch nicht das Centrum für die motorischen Fasern zu sein. Ferner haben quergestreifte Muskeln immer einen ganz typischen Zelltypus als Centrum und diese Zellen finden sich im Nucleus ambiguus, aber nie im dorsalen Kern.

Grabower: In dem Gerhard'schen Falle von Kehlkopfmuskellähmung beim Menschen wurde der ventrale Vaguskern degenerirt gefunden.

Broeckaert: Die Durchschneidung der Kehlkopfnerven giebt keine Chromolyse, weil sie zu weit vom Bulbus geschieht; diese tritt nur ein beim Zerreissen.



Grabower: Ein klinischer Beitrag zur Kenntniss der Veränderungen in gelähmten Kehlkopfmuskeln.

Die gezeigten Präparate stammen von einem Patienten, bei dem die Lähmungsdauer 4 Monate betrug; es bestand eine nahezu völlige Atrophie der Recurrentes, während die Degeneration der Muskeln nur eine mässige war. Die Nervenfasern der Postici waren besonders stark degenerirt, weniger die der Thyreoarytaen. und Laterales; dagegen war ein Gradunterschied in der degenerativen Veränderung zwischen Abductoren und Adductoren nicht zu constatiren. Ueber die Reihenfolge der degenerativen Muskelveränderungen und über das Wesen des degenerativen Processes hat sich G. in seiner Publication im Arch. f. Laryngol. 1908, Heft 2, ausgesprochen.

Kuttner: Man kann an den Muskeln wohl eine alte von einer jungen Lähmung unterscheiden, aber eine weitere Präcision ist ihm bei seinen Untersuchungen nicht geglückt. Die Schwierigkeiten liegen in der Inconstanz des Bildes beim normalen Muskel, bei dem die Kernzahl nicht variabel, die Fasern von verschiedener Breite sind, so dass die Unterscheidung recht schwierig ist.

Es ist auch fraglich, ob in der That im Grabower'schen Falle die Lähmung nur 4 Monate gedauert hat, da schon eine Muskelparalyse bestanden haben kann, ehe die Stimmlosigkeit auftrat.

Grabower: Eine Kernvermehrung kann auch in gesunden Muskeln vorkommen, aber nicht, wie in diesen Präparaten eine Anordnung der Kerne in Reihen und Haufen. Die Berechnung der Lähmungsdauer in diesem Falle ist ziemlich genau, da Patient nie kurzathmig gewesen und mit tönender Stimme vorher gesprochen hat.

Sitzung vom 11. December 1908.

Schötz demonstrirt ein Präparat von Gangraena laryngis, die aus einer Perichondritis des linken Aryknorpels hervorgegangen ist. Es war weder in vivo noch nach der Section festzustellen, auf welchem Wege die Affection sich entwickelt hat.

Schötz zeigt eine modificirte Wagner'sche Stanze zur breiten Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang aus.

Scheier zeigt Skiagramme von Kopf und Hals, die nur eine Expositionszeit von 1—2 Secunden erforderten; es wird wohl gelingen, diese noch mehr herunterzusetzen, so dass man dann eine kinematographische Aufnahme des Sprechactes vornehmen kann.

Discussion über die Vorträge von Scheier und Peyser: Die Röntgenstrahlen in der Rhinologie.

Haike: Die Diaphanoskopie ist der Röntgenuntersuchung unterlegen, insbesondere klärt uns letztere auf über die Ausdehnung der Stirnhöhle, was für die Wahl der Operation sehr wichtig. Bezüglich der Siebbein- und Keilbeinerkrankung ist das Röntgenbild nicht immer eindeutig.

Halle: Der Hauptwerth der Röntgenuntersuchung liegt darin, dass sie uns zeigt, wie die Höhlen zu einander liegen, wie gross sie sind und wie unser thera-

peutisches Vorgehen im Allgemeinen zu bemessen ist. Sie kann aber auch nicht annähernd in Bezug auf ihren diagnostischen Werth mit der Rhinoskopie verglichen werden. Die Röntgenbilder sind mit grosser Vorsicht zu verwerthen.

Kuttner: Für die richtige Deutung der Röntgenbilder ist nöthig eine technisch tadellose Aufnahme und die Benutzung von Originalplatten. Sie sind in topographischer Beziehung von hohem Werth; in Bezug auf die Diagnose stellen sich uns Schwierigkeiten in den Weg. Auch bei gesunden Höhlen findet sich zuweilen ein Schatten und bei kranken kann er fehlen. Bei der Keilbeinhöhlenerkrankung muss man sehr skeptisch sein.

Rosenberg: In diagnostisch zweifelhaften Fällen soll man das Skiagramm um Rath fragen. Die Diaphonoskopie ist eine werthvolle Methode, in Bezug auf die Grössenbestimmung der Stirnhöhle aber unzuverlässig und durch die Röntgenaufnahme übertroffen.

Herzfeld hat bei 60 äusseren Stirnhöhlenoperationen, die er auf Grund rhinoskopischer Untersuchung vorgenommen, nur einmal keine Eiterung gefunden. In Bezug auf das Siebbein ist das Skiagramm nicht immer zuverlässig. Bei der Stirnhöhle ist es auch sicherer, ihre Ausdehnung durch Sondirung festzustellen, und zwar von einer angelegten Oeffnung aus, nicht von der Nase aus, auch nicht unter Controle des Röntgenschirmes. Die Röntgenstrahlen sind nicht allein ausschlaggebend für die Diagnose.

B. Fränkel hat auf Grund entsprechender Symptome und einer Röntgenuntersuchung ein Stirnhöhlenempyem operiren wollen, fand aber keine Stirnhöhle.

Haike: Das Röntgenverfahren kann uns bei der Differentialdiagnose zwischen Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung Aufschluss geben und schützt uns vor Operationen bei fehlender Stirnhöhle.

Halle: Das Skiagramm kann auch eine Stirnhöhle vortäuschen, wo keine ist und umgekehrt, und gestattet keine sichere differentielle Diagnose zwischen Stirn- und Siebbeinhöhlenerkrankung.

Alexander stimmt dem zu und betont, dass vordere Siebbeinzellen und Stirnhöhle sehr oft gleichzeitig erkrankt sind.

Peyser: Gewiss muss man alle Untersuchungsmethoden anwenden, aber das Röntgenbild ist ein wichtiges Unterstützungsmittel für die Diagnose. Man kann selbst manchmal eine einzelne erkrankte Siebbeinzelle auf der Platte erkennen und ein Empyem der hinteren Siebbeinzellen von einem solchen der Keilbeinhöhle unterscheiden. Es ist freilich eine Beherrschung der Technik erforderlich.

Jede leichte Entzündung des Siebbeins macht sich im Bilde bemerkbar.

Scheier: Die Röntgenstrahlen dienen zur Vervollständigung der diagnostischen Untersuchungsmethoden; zeigen sie uns eine Höhle dunkel, so ist genaueste Untersuchung derselben erforderlich, resp. sie giebt uns event. eine Befestigung unserer Diagnose. Sie sind der Durchleuchtung weit überlegen. Man muss auch die Fehlerquellen der Röntgenuntersuchung kennen, um sich vor Trugschlüssen zu bewahren. Eine absolute Sicherheit gewährt sie weder im positiven noch im negativen Sinne.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Prof. Paul Heymann (Berlin) ist anlässlich seines 60. Geburtstages die Ehrenmitgliedschaft der Moskauer und Münchener laryngologischen Gesellschaften verliehen worden: auch ist ihm von Freunden und Schülern eine Festschrift gewidmet worden, die als Heft 6 der „Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete“ (Verlag von Kurt Kabitsch, Würzburg) erschienen ist. Wir schliessen uns gern den Glückwünschen zu Ehren des verdienten Collegen an, der noch kürzlich in ausgezeichneter Weise für die Selbstständigkeit der Laryngologie eingetreten ist, und dessen bezügliche Ausführungen in der Berliner klinischen Wochenschrift, 1909, No. 1, die ernste Beachtung jedes Laryngologen verdienen.

Prof. E. Meyer (Berlin) ist von der Stellung als Leiter der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Halskrankheiten an der Berliner Universität, die er seit 2 Jahren innegehabt hat, zurückgetreten, und ist ihm der Rothe Adlerorden 4. Klasse verliehen worden.

Die Herren Jonathan Wright (New York) und Sendziak (Warschau) sind zu correspondirenden Mitgliedern der laryngologischen Section der Londoner Royal Society of Medicine, und Dr. J. W. Gleitsmann (New York) ist zum correspondirenden Mitglied der Berliner laryngologischen Gesellschaft ernannt worden.

Der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde“ entnehmen wir die Nachrichten, dass Prof. Dr. Lüscher (Bern) zum Director des dortigen Institutes für Laryngologie und Otologie ernannt worden ist, und dass sich die Herren Dr. K. Grünberg in Rostock und Dr. De Carli in Rom als Privatdocenten für Oto-Rhino- und Laryngologie etablirt haben.

Die Herren van Eyken (Freiburg) und Gutzmann (Berlin) sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Mai. 1909. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Hellman. Der internationale laryngologische Congress in Wien. (Z Kongressu miedzynarodowego laryngologów w Wien.)** *Medycyna. No. 44. 1908.*

Ein kurzer Bericht über die wichtigsten Congressarbeiten.

A. v. SOKOLOWSKI.

2) **Herbert S. Birkett. Ein kurzer Bericht über die Geschichte der Medicin in der Provinz Quebec von 1535 bis 1838. (A brief account of the history of medicine in the province of Quebec from 1535 to 1838.)** *N. Y. Medical Record. 25. Juli 1908.*

Rede des Präsidenten bei der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association in Montreal, Canada, Mai 1908. LEFFERTS.

3) **N. Satake. Mikroskopische Untersuchung des beim Husten herausbeförderten Sputums.** *Chugwai-ijishinpo. No. 683. 1908.*

Durch eine histologische Untersuchung hat Verf. zuerst die Herkunft des Sputums zu bestimmen versucht, indem er den Kranken auf eine vor den Mund gehaltene Objectglasplatte aushusten liess.

Die Sputa aus der Trachea enthalten keine Plattenepithelzellen, während diejenigen aus der Mundhöhle durch Plattenepithelzellen und reichlichen Bakteriengehalt gekennzeichnet sind. Unter 15 Kehlkopfphthisikern konnte Verf. Tuberkelbacillen nur in 2 Fällen (d. h. 13,4pCt.) constatiren, aber bei 5 Rachenphthisikern in 3 Fällen (d. h. 60pCt.). Auf Grund der obigen Resultate hält er die Rachentuberculose für viel gefährlicher als die Kehlkopftuberculose. Er schliesst sich Moritz Schmidt an, der die Kehlkopftuberculose nicht für so infectiös hielt, wie man allgemein denkt.

INO KUBO.



4) Holger Myglnd. **Kurzgefasste Darstellung der Krankheiten der obersten Luftwege. (Kortfattet Fremstilling af de överste Luftveies Sygdomme.)** *Mit 86 Illustrationen. Zweite Ausgabe. Kopenhagen 1908.*

Besitzt dieselben guten Eigenschaften wie die erste Ausgabe: kurz und klar geschrieben zu sein. Ist für praktische Aerzte und Studirende bestimmt.

E. SCHMIEGELOW.

5) F. E. Klotz. **Erkrankungen des Athmungsapparates, die den Athem beeinflussen. (Diseases of the breathing apparatus which affect the breath.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Februar 1908.*

Unter den Erkrankungen der oberen Luftwege, bei denen ein übelriechender Athem beobachtet wird, zählt Verf. folgende auf, indem er — so weit dies möglich ist — den Charakter des Foetors kurz charakterisirt: Chronische purulente Bronchitis; Tuberculose der Lungen; Lungenabscess; Gummata der Lungen; Asthma in vorgeschrittenem Stadium; Pneumonie in späteren Stadien; maligne Erkrankungen der Lungen; Anthrakosis, Aktinomykose und Emphysem.

Unter den constitutionellen Erkrankungen, die den Athem beeinflussen, nennt Verf. als die häufigste: Constipation; ferner Diabetes; vorgeschrittene chronische interstitielle Nephritis; fieberhafte Erkrankungen, septische Processe, Kachexie und chronische Dyspepsien. Zum Schluss führt er eine ganze Anzahl von Droguen an, die der Exspirationsluft einen charakteristischen Geruch verleihen.

LEFFERTS.

6) William M. Richards. **Die Behandlung von Erkrankungen, die auf einen Katarrh der Athemwege zurückzuführen sind. (The treatment of diseases due to respiratory catarrh.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Juni 1908.*

Verf. bezeichnet eine Reihe von Krankheiten als „Vacuumrespirationserkrankungen", da sie bedingt seien durch den Versuch, durch eine theilweise verstopfte Nase Luft zu holen, wodurch ein partielles Vacuum im Respirationstract hervorgerufen werde. Die direct so hervorgerufenen Krankheiten seien: Nasen-, Hals- und Ohrkatarrh und Bronchialasthma; indirect sei das Vacuum für ein ganzes Heer anderer Erkrankungen verantwortlich.

LEFFERTS.

7) Wm. Sohier Bryant. **Die gegenseitigen Beziehungen von oberen Luftwegen, Kiefer und Zähnen. (Mutual relations of upper-air tract, jaws and teeth.)** *Journal of the American Medical Association. 25. Januar 1908. N. Y. Medical Record. 8. Februar 1908.*

Verf. bespricht die schädlichen Wirkungen, die die Mundathmung auf die Entwicklung des Gesichtsskelets und die Zahnbildung hat, und die Maassnahmen, die dagegen zu ergreifen sind. Er ist im Allgemeinen dafür, erst die Zähne grade zu richten und dann erst an der Nase zu operiren.

EMIL MAYER.

8) Guastoni. **Endovenöse Sublimatinjectionen bei der Behandlung der tertiären Syphilis von Hals und Ohr. (Injezioni endoveneso di sublimato nella cura della sifilide tardiva dell'orecchio e della gola.)** *Atti della Clinica oto-rino-laringologica della R. Università di Roma (Director Prof. Ferreri). No. V. 1907.*

Verf. hat die Baccelli'sche Methode der endovenösen Injectionen bei zwei

Patienten mit syphilitischen Halsaffectionen angewandt; er empfiehlt sie besonders bei tertiär-syphilitischen Kehlkopferkrankungen. FINDER.

9) **Arthur Dean Bevan** und **Walter W. Hamburger. Das Vorkommen von Rotz beim Menschen. (The occurrence of glanders in man.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Mai 1908.*

Aus einigen Fällen ihrer Erfahrung ziehen Verff. den Schluss, dass sorgfältige Untersuchungen des Eiters und Gewebes ein sehr viel häufigeres Vorkommen von Rotz ergeben, als man gewöhnlich annimmt; die Diagnose ist von der allergrössten Bedeutung für die Einleitung einer wirksamen Therapie wie besonders für die Prophylaxe einer Weiterverbreitung der Krankheit. Die kleine Epidemie, über die Verff. berichten, verlief ziemlich leicht: von drei Patienten starb einer, die beiden andern genasen. EMIL MAYER.

10) **Leo B. Meyer** und **Burile B. Crohn. Acuter Rotz; Bericht über einen Fall. (Acute glanders. Report of a case.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Mai 1908.*

Die klinische Diagnose konnte in diesem Falle durch zwei positive Blutculturen bestätigt werden. Dies ist darum wichtig, weil es schwer ist, die Mikroorganismen in den Hautpusteln zu demonstriren und isoliren. Gram'sche Färbung allein ist ohne Erfolg, verdünnte Carbolfuchsinlösung und Loeffler's Methylenblau sind mehr geeignet. In ca. 50 pCt. der Fälle wird es möglich sein, mittels der Blutculturen die Diagnose zu stellen. Im vorliegenden Falle wurden die Culturen am ersten Tage der Beobachtung angelegt; 48 Stunden darauf waren die Culturen gewachsen und wurden durch Impfung als Rotzbacillen gekennzeichnet.

EMIL MAYER.

11) **Notiz des Herausgebers. Rotz beim Menschen. (Glanders in man.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Mai 1908.*

Es wird auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose hingewiesen und auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen richtigen Erkennung der Krankheit. So lange wir nicht das „pferdelose Zeitalter“ erreicht haben, bedeutet die Erkrankung eine wirkliche und zwar ja nicht so ungemein seltene Gefahr für den Menschen.

EMIL MAYER.

12) **Thomas Hubbard. Das Problem der Asepsis in der Sprechstunde des Laryngologen. (The problem of asepsis in the routine office work of the Laryngologist.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Cf. Bericht der 29. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Washington, Mai 1907. EMIL MAYER.

13) **Hennebert. Demonstration pathologischer Präparate. (Présentation de pièces pathologiques.)** *La Presse méd. Belge. No. 44. 1908.*

In der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant zeigt H. vor:

1. einen sehr voluminösen Ohrpolyp;

2. zwei Rhinolithen, wovon der grösste 1,90 g wiegt und 20 + 16 + 9 mm misst;



3. einen voluminösen Speichelstein von 2,35 g Gewicht und einer Grösse von 29 + 14 + 7 mm; derselbe befand sich im Wharton'schen Canal, den er perforirt hatte; ferner

einen kleinen Speichelstein, der ebenfalls im Wharton'schen Gang sass, und diesen nach oben perforirt hatte.

Bei einer 61 jährigen Frau, die an Gallen- und Nierensteinen litt, sah H. die einer acuten Ranula ähnlichen Symptome mit der Entleerung eines Dutzend kleiner Steine enden.

BAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **G. Hicguet. Die Nasenmissbildungen, ihre chirurgische Behandlung. (Les malformations nasales; leur traitement chirurgical.)** *La Presse méd. Belge. No. 15. 1908. Annales de la Soc. méd. chir. de Brabant. No. 8. 1908.*

In der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant macht H. eine Mittheilung über die Nasenmissbildungen und ihre chirurgische Behandlung nach dem heutigen Stande der Frage. Er kommt zu dem Schlusse, dass man einen Primordialunterschied zu machen habe zwischen Nasenscheidewandstacheln, -kämmen und -deviationen. Die beiden ersten können manchmal, wenn sie nicht sehr bedeutend sind, Gegenstand kleinerer Interventionen werden, die Nasenscheidewanddeviationen werden immer chirurgisch zu behandeln sein nach dem Verfahren von Killian, oder mit submucöser Resection sowohl der knorpeligen als knöchernen Nasenscheidewand, der einzigen Methode, der ein perfectes Resultat in Bezug auf Durchgängigkeit der Nase gelang und deren operativer Erfolg der beste und rascheste sei.

BAYER.

15) **Mühlenkamp** (Düsseldorf). **Ueber eine hartnäckige Folliculitis mit Abscessbildung und Fistelöffnung nach aussen hin im Nasenflügel.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Der Titel giebt den Inhalt der Mittheilung wieder. Die Fistelbildung war dadurch entstanden, dass von anderer Seite ohne Vornahme der Rhinoskopie die abscedirende Folliculitis von aussen incidirt worden war. Eine sachgemässe Behandlung führte bald zur Heilung.

HECHT.

16) **Theodore. Beitrag zur Lehre von den Endotheliomen der äusseren Nase.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. S. 591. 1909.*

Vorerst werden die Merkmale des Cancroids und der Endotheliome der Gesichtshaut besprochen. Sichere klinische Zeichen für die Diagnose Endotheliom des Gesichts giebt es nicht; wir sind auf die mikroskopische Untersuchung angewiesen. Dann theilt Th. 4 Fälle von Endotheliom der äussern Nase mit; genauer mikroskopischer Befund, ein makroskopisches und 3 mikroskopische Bilder.

OPPIKOFER.

17) **Ludwig Nielsen** (Kopenhagen). **Endothelioma superficiale nasi.** *Dermatologisk Selskab. Hospitals Tidende. No. 37. p. 1085. 1908.*

Das Punctum saliens dieser Beobachtung ist, dass die Krankheit schon im Alter von 26 Jahren angefangen hat. Der Patient war jetzt 29 Jahre alt.

E. SCHMIEGELOW.

18) **Vetter. Zerquetschung der Nase; prothetische Restauration. (Ecrasement du nez; restauration prothétique.)** *Annales de Médecine physique. 15. April 1908.*

18 jähriger Mann mit Fractur der Nasenbeine mit breiter Distanz und Sattelbildung von 2 Jahren, Operation unter Localanästhesie; Incision auf beiden Seiten der Nase von oben nach unten. Umschlagen der Hautlappen nach aussen; Loslösen des Periosts der Nasenbeine, Resection von je $1/2$ cm der Nasenbeine. — Schluss der Wunde; Heilung per primam nach 14 Tagen; daraufhin Prothese mit Paraffin.

BAYER.

19) **Broeckaert** (Gent). **Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Nasenhypertrophie. (Contribution au traitement chirurgical de l'hypertrophie du nez.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 3. 1908.*

Wenn auch die Totaldecortication mit dem Bistouri bei der Mehrzahl der Formen hypertrophischer Acne ihre Verwendung findet, so hat der Autor doch nicht für gut befunden, dieselbe in seinem Falle anzuwenden; er hat Gewebsstücke in Form von Melonensegmenten oder Orangevierteln resecirt, indem er das sklerosirte Unterhautbindegewebe mit excidirte. Vom ästhetischen Standpunkt aus, sagt er, sei die Operation so, wie er sie ausgeführt hat, bei weitem der vollständigen Abtragung aller Weichtheile überlegen; der Chirurg müsse im speciellen Falle zu entscheiden wissen.

PARMENTIER.

20) **Orlowski** (Berlin). **Ueber die kosmetische Umformung einer knorpeligen Nasendifformität durch Massage.** *Med. Klinik. 4. 1909.*

Die als Nasenspitzenblähung bezeichnete Difformität sucht Orlowski durch Striche mittels eines Massagestabes von der Nasenspitze nach der Furche zwischen Nasenseitenwand und Nüstern zu beseitigen.

SEIFERT.

21) **Joseph C. Beck. Die Chirurgie der äusseren Nasendeformitäten. (The surgery of external nasal deformities.)** *The Laryngoscope. October 1908.*

Ein sehr ausführlicher, mit zahlreichen Illustrationen versehener Artikel, in dem die verschiedenen Methoden zur Behebung der Nasendeformitäten beschrieben werden. Verf. meint, man solle sich nicht entmuthigen lassen, wenn eine Plastik misslingt; es gelingt bisweilen erst nach einer grossen Anzahl von Sitzungen das erwünschte Resultat zu erzielen.

EMIL MAYER.

22) **T. Okubo. Ein Fall von plastischer Operation des Nasenflügels.** *Japanische Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XIV. Heft 1. 1908.*

Ein 22jähriger Patient mit einem durch Trauma narbig verengten Nasenloch. Unter allgemeiner Narkose hat man am Rande des Nasenflügels einen verticalen

Schnitt angelegt. Die dreieckig aufgeklappte Wunde wurde mit einem Hautknorpelstück von der Ohrmuschel des Patienten ersetzt. Glatte Heilung. INO KUBO.

23) **Ariseff. Studie über die knöcherne vordere Rhinotomie. (Étude des rhinotomies osseuses antérieures.)** *Thèse de Paris. 1907.*

Von den vielen Methoden der Rhinotomie, die zur Abtragung von Tumoren der Nase, besonders solchen maligner Natur, vorgeschlagen worden sind, verdienen nach Ansicht des Verf.'s zwei den Vorzug: 1. die „Rhinotomie paralateronasale" (Moure), mit der von Sebileau vorgeschlagenen Modification; sie kann eine obere oder untere Rhinotomie sein; 2. die „Rhinotomie souslabiale unilatérale" (Sebileau), die in allen Fällen anwendbar ist, wo es sich darum handelt, einen breiten Zugang zu gewinnen. Bei diesem Verfahren ist es bisweilen nöthig, den Sinus maxillaris zu öffnen. Der kosmetische Effect ist bei beiden Operationen ein guter. A. CARTAZ.

24) **Hans Albrecht. Beiträge zur Nasenprothese.** (Aus dem Zahnärztlichen Institut der Kgl. Universität Berlin.) *Klinisches Jahrbuch. Bd. XVII. 1907.*

Verf. beschreibt Prothesen für ganze Nasen, wie er sie in einigen Fällen angewandt hat; als Material benutzte er vorzugsweise Celluloid. Er beschreibt die Verarbeitung des Materials, das Abdrucknehmen, die Befestigung der Prothese, das Bemalen derselben und illustrirt seine Ausführungen durch einige Photographien.

FINDER.

25) **V. Saxtorph Stein** (Kopenhagen). **Ueber Protheseparaffin. (Om Protheseparaffin.)** *Hospitals Tidende. p. 1481. 1908.*

Verf. warnt vor einem zu starken Vertrauen zu den von den Producenten angegebenen Schmelzpunkten der Protheseparaffine. Das einzige Richtige ist, dass man jedesmal selbst die Schmelzpunkte des Paraffins, das man brauchen wird, bestimmt.

Um dieses genau zu bestimmen, giebt der Verf. verschiedene Methoden an, von denen er die folgende als die einfachste und sicherste empfiehlt:

Von einem dünnen Eisendraht wird durch Umwickeln um einen Glasstab (mit 6,5 mm Diameter) ein Ring gebildet. Dieser Ring wird in das geschmolzene Paraffin getaucht und rasch wieder aufgehoben. In dem Ringe hat sich dann eine dünne Paraffinscheibe gebildet. Der Draht mit der Scheibe wird mittels eines Gummiringes an den Quecksilberkolben des Thermometers angebracht, und das Ganze in ein Becherglas, 10 cm hoch und $5^1/_2$ cm weit, gestellt. Das Gefäss ist mit ausgekochtem Wasser bis zu $^3/_4$ gefüllt. Man erwärmt vorsichtig und kann auf diese Weise die Schmelzpunkte genau bestimmen. E. SCHMIEGELOW.

26) **S. Chiba. Hartparaffininjection und -Extraction als Rhinoplastik.** *Jjishinbun. No. 749. 1908.*

Unter 167 Patienten, bei welchen der Verf. Hartparaffininjection vornahm, sah er meist eine reactive Entzündung (Schwellung, Röthung und Schmerzen) und er schlägt dagegen feuchten Umschlag auf die Nase mittelst eine schloroformmaskenähnlichen Nasenhutes vor. Ch. hat die zu viel oder unzweckmässig ein-

gespritzten Paraffinmasse mit einer von ihm construirten Extractionsspritze herauszuholen versucht.

INO KUBO.

27) **Smith Harmon. Die Correction von Nasendeformitäten durch die Anwendung von Paraffin. (The correction of nasal deformities by the use of paraffin.)** *The Laryngoscope. October 1908.*

Aus statistischen Zusammenstellungen des Verf.'s geht hervor, dass die Gesammtzahl der mitgetheilten Fälle 1252 beträgt; von diesen waren 1000 mit vollem Erfolg behandelt und 104 gaben kein zufriedenstellendes Resultat. Von diesen 104 Fällen trat bei 2 Erblindung ein, bei 55 erfolgten septische Erscheinungen und Ausstossung des Paraffins, bei 22 wurde das Paraffin an falscher Stelle localisirt, in 7 Fällen änderte es seinen Platz nachträglich.

Pat. giebt ferner Vorschriften über die bei der Injection zu befolgende Technik.

EMIL MAYER.

28) **C. G. Coakley. Intracranielle Complicationen von Nasenkrankheiten. (Intracranial complications of diseases of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Juni 1908.*

Allgemeine nichts Neues enthaltende Auseinandersetzungen.

LEFFERTS.

29) **Donalles** (Leipzig). **Ein rhinogener Hirnabscess. Mit Temperaturkurve.** *Archiv f. Ohrenheilkunde. Bd. 75. Heft 3 u. 4. 1908.*

Bei einem $12^1/_2$ Jahre alten Knaben kam es im Anschluss an ein Trauma der Stirn zu 5 getrennten Eiterherden: subperiostaler Abscess, Empyem beider Stirnhöhlen, extraduraler Abscess und Hirnabscess. Den Gang der Erkrankung hat man sich wohl so zu denken, dass durch die Verletzung eine Blutung in beide Sinus frontales, ferner nach aussen unter das Periost der Stirn, nach innen vielleicht auch zwischen Dura und Knochen stattgefunden hat. Dann ist es zu einer Infection der Sinus-Hämatome von der Nase her gekommen, veranlasst oder wenigstens begünstigt durch den gerade bestehenden acuten Schnupfen. Die Infection hat sich dann auf dem Wege thrombosirter Venae perforantes unter das Periost nach aussen und unter die Dura und durch diese hindurch nach innen fortgepflanzt, wobei dann zuletzt ein Gefässbezirk des Frontallappens zur Erweichung gekommen ist.

Bemerkenswerth erscheint, dass Krämpfe der ganzen linken Körperhälfte auftraten, also derselben Seite, auf der der Abscess sass. Beide Stirnhöhlen wurden eröffnet, dann zuerst der rechte Frontallappen incidirt und — nach dem negativen Befunde hier — sofort auch der linke Frontallappen freigelegt und incidirt, wobei sich in ca. 2 mm Tiefe ein Erweichungsherd in der Ausdehnung von 1—1,5 cm im Durchmesser mit wenig flüssigem Eiter vorfand. Der Heilungsverlauf war normal, Patient wurde mit nur geringer Entstellung geheilt entlassen.

HECHT.

30) **Hans Daae** (Kristiania). **Eigenthümliche Gehirnläsion durch die Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 360. 1907.*

Es handelt sich um einen Fall von Verletzung des Nasendaches zwischen Septum und Concha superior; eine Schirmspitze drang hier durch Stoss 5 cm tief

in den linken Frontallappen bis in den linken Seitenventrikel ein. Die Entfernung vom linken Nasenloch bis zum Seitenventrikel betrug ca. 12 cm. Nach 12 Tage langer Krankheit trat der Exitus durch secundäre Encephalitis und Meningitis ein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

31) **W. Freudenthal. Ein Fall von Hirnabscess nasalen Ursprungs. (A case of abscess of the brain of nasal origin.)** *International Journal of Surgery. September 1908.*

Verf. discutirt besonders die Frage, ob eine einfache Drainage genügte oder ob in diesem Fall eine Gegendrainage nothwendig war. Bei Incision der Dura entleerte sich eine grosse Menge Eiter unter starkem Druck.

EMIL MAYER.

32) **G. Lenhoff** (Berlin). **Zur Tamponade der Nase und des Nasenrachenraumes.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 53. 1907.*

Empfehlung des bereits im Archiv für Laryngologie, Bd. 18, S. 47 publicirten „Zugstreifentampons", der neben einer Veränderung des Gazematerials noch dadurch verbessert wurde, dass neben dem zum inneren Ende des Streifens gehenden weissen Faden auch das äussere Ende des Streifens mit einem — und zwar schwarzen — Faden versehen ist. Dies erleichtert die Auffindung des Streifenendes und damit auch die bequeme Entfernung der Nasentamponade. Die Verwendungsart des „Zugstreifentampons" illustrirt die Abbildung.

HECHT.

33) **Blumenfeld. Adenoider Schlundring und endothoracale Drüsen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 445. 1908.*

Bl. hat 19 Fälle (18 im kindlichen Alter) beobachtet, bei denen er eine Tuberculose der endothorakalen Drüsen diagnosticirte. Es ist nun hervorzuheben, dass bei allen diesen 19 Fällen neben einer Vergrösserung der Halslymphdrüsen adenoide Wucherungen bestanden oder doch vor längerer oder kürzerer Zeit entfernt worden waren.

Der Autor nimmt an, dass zwischen den adenoiden Vegetationen und der Lymphdrüsenerkrankung im Thorax ein directes Abhängigkeitsverhältnis besteht: die von den oberen Luftwegen ausgehende Infection hat auf dem Lymphwege zu einer bronchialen Lymphdrüsentuberculose geführt.

Bei Kindern, die an adenoiden Vegetationen leiden und bei denen gleichzeitig Katarrhe der tieferen Luftwege bestehen, dauert manchmal auch nach Entfernung der Rachenmandel und bei nun unbehinderter Nasenathmung die Neigung zu Katarrhen weiter. Bl. glaubt, dass es sich wenigstens bei einer Reihe dieser Fälle um eine neben der Rachenmandelhyperplasie bestehende Tuberculose der bronchialen Drüsen handelt.

Die Thoraxveränderungen, die als Folgeerscheinung adenoider Vegetationen beschrieben werden, sind weniger auf das in den oberen Luftwegen liegende Athmungshindernis als vielmehr auf das Bestehen einer endothorakalen Drüsenanschwellung zurückzuführen, die daneben diese respiratorischen oder trophischen Störungen bedingt.

Beigefügt sind der Arbeit 6 Röntgenbilder, auf denen bronchiale Drüsen sichtbar sind.

OPPIKOFER.

34) **J. S. Wallace. Offene Fenster und Adenoide. (Open windows and adenoids.)** *Lancet. 29. Februar 1908.*

Von 62 Kindern, die bei geschlossenen Fenstern schliefen, hatten nur 2, von 34 Kindern, die bei offenen Fenstern schliefen, dagegen 16 adenoide Vegetationen (? Ref.).

ADOLPH BRONNER.

35) **E. Hamilton White. Pathologie der Adenoiden und der Adenoidtuberculose. (Pathology of adenoids and adenoid tuberculosis.)** *American Journal of Medical Sciences. August 1907.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Primäre Tuberculose kommt in einer gewissen Zahl von Fällen — ca. 5 pCt. — von adenoiden Vegetationen vor. Zu ihrer Feststellung ist die histologische Untersuchung die beste Methode. Adenoide und Tonsillarhypertrophie sind wichtige Factoren für die Tuberculose der Cervicaldrüsen; für die Entstehung der Lungentuberculose kommt mehr ihre prädisponierende Wirkung durch den Katarrh der oberen Luftwege in Betracht.

EMIL MAYER.

(36) **H. Fellinkema** (Helder). **Untersuchung über das Vorkommen von adenoiden Vegetationen bei Schulkindern in der Gemeinde Helder. (Onderzoek naar het voorkomen van adenoide vegetaties bij schoolkinderen in de gemeente Helder.)** *Rapport an die örtliche Gesundheitscommission. 1907.*

Die Untersuchung fand in den Schulen statt. Es wurden systematisch 507 Kinder, ausserdem noch von den Lehrern ausgewählte adenoidverdächtige weitere 488 Kinder untersucht. Von der letzteren Gruppe hatten 376 adenoide Vegetationen, 95 hypertrophische Gaumenmandeln, 134 Schwerhörigkeit, 17 Otorrhoe. Unter den systematisch Untersuchten fand sich Adenoid 112 mal (22 pCt.), Tonsillarhypertrophie 57 mal (11 pCt.), Schwerhörigkeit 60 mal (12 pCt.), Otorrhoe 9 mal (2 pCt.).

H. BURGER.

37) **L. Elmerich. Die adenoiden Vegetationen beim Säugling; über ihren Einfluss auf die Entwickelung. (Végétations adénoides chez le nourrison. Leur influence sur son développement.)** *Dissert. Paris 1906.*

Die adenoiden Vegetationen halten die Säuglinge in ihrem Wachsthum zurück; wird die Rachenmandel entfernt, so stellt sich eine sofortige Gewichtszunahme ein. Einige Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

38) **K. Sakai. Ueber die Formveränderungen des harten Gaumens bei adenoiden Vegetationen (Untersuchungen bei Japanern).** *Gun-i-gakkwai-Zasshi. No. 169 1908.*

S. fand adenoide Vegetationen hauptsächlich bei 6—15 jährigen Kindern. Die Formänderungen des harten Gaumens und der Zahnreihe sind je nachdem verschieden, ob die Krankheit vor, während, oder nach der Zahnwechselperiode eintritt. Vor dem Zahnwechsel nimmt der Längendurchmesser des Oberkiefers zu und das Gaumengewölbe wird halbkreisförmig ohne Deformität der Zahnreihe; während

der Zahnwechselperiode wird das Gaumengewölbe spitzbogenförmig und es tritt eine starke Deformität der Zahnreihe ein; nach der Periode tritt keine Formveränderung des harten Gaumens und der Zahnreihe ein.

INO KUBO.

39) **Y. Nagaoka. Zur Pathologie der Rachentonsille.** *Chugwai-iji-shinpo. No. 685. 1908.*

Unter 50 operativ entfernten Rachentonsillen fand N. nur 3mal (6 pCt.) tuberculöse Veränderungen im Gewebe. Darunter wurden Tuberkelbacillen nur einmal constatirt.

INO KUBO.

40) **Alice G. Bryant. Adenoidinfectionen bei Erwachsenen. (Adenoidinfections in adults.)** *N. Y. Medical Record. 27. Juni 1908.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Streptokokkeninfection der Rachentonsille bei Erwachsenen und die Wichtigkeit einer directen Untersuchung des Nasenrachenraumes in allen Fällen, wo septische Erscheinungen bestehen, die nicht mit Bestimmtheit auf irgend eine andere Körpergegend zurückgeführt werden können. Es wird über drei Fälle berichtet, in denen eine ausgesprochene Streptokokkeninfection der Rachentonsille bestand; alle wurden geheilt durch Entfernung des erkrankten Gewebes, Desinfection und geeignete Allgemeinbehandlung.

LEFFERTS.

41) **Milton T. Ballin. Einige Beobachtungen über die Entfernung der Adenoiden. (Some observations on the removal of adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Februar 1908.*

Verf. benutzt die modificirte Beckmann'sche Curette; er operirt ohne Anästheticum. Die Ursache für postoperative Blutungen und Infectionen, besonders Otitis media, sind darin zu suchen, dass herabhängende Gewebsfetzen zurückgeblieben sind.

LEFFERTS.

42) **P. D. Kerrison. Adenectomie während acuter Mittelohrerkrankung. (Adenectomy during acute middle ear disease.)** *Archivs of Pediatrics. Januar 1908. N. Y. Medical Journal. 22. Februar 1908.*

Aus den Ausführungen des Verf.s ist hervorzuheben, dass er für viele Fälle die Adenectomie während der acuten Otitis media empfiehlt, da erst durch jenen Eingriff diese zur endlichen Heilung gelangt.

LEFFERTS.

43) **Giresse. Beitrag zum Studium der primären Rachenmandeldiphtherie (Contribution à l'étude de la diphtérie primitive do l'amygdale pharyngée.)** *Dissert. Bordeaux 1907.*

Die Diphtherie der Rachenmandel ist viel häufiger als gewöhnlich angenommen wird und bildet oft den Ausgangspunkt einer Diphtherie der Gaumenmandeln oder einer Larynxdiphtherie.

G. empfiehlt vor jeder Rachenmandeloperation vorerst den Rachen auf Diphtheriebacillen zu untersuchen, um eine Wundinfection sicher zu vermeiden. Dieses Verfahren halten wir für zu umständlich und auch nicht für notwendig, wenn immer nur bei vollständigem Wohlbefinden des Kindes operiert wird.

OPPIKOFER.

44) **Alt** (Wien). **Ueber Infectionen des Mittelohres nach Eingriffen in der Nase und im Nasenrachenraum.** *Wiener klin. Rundschau. No. 16. 1908.*

Kurze Mittheilung über Nasenspülungen, Nasentamponaden, über den Schneuzact als häufige Ursachen für Ohrinfectionen.

HANSZEL.

45) **M. H. Menier. Ein Fall von Chorea minor, nach Abtragung der adenoiden Wucherungen geheilt.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 335. 1908.*

Die Chorea verschwand bei dem 13jähr. nervös veranlagten und an Alkohol gewöhnten Mädchen einige Wochen nach Wegnahme der adenoiden Wucherungen. Da die Nasenverstopfung seit Jahren bestand und gewöhnlich die kindliche Chorea nicht lange dauert, so hat Verfasser recht, wenn er die Heilung der Chorea zum allerwenigsten nicht einzig und allein dem operativen Eingriff zuschreibt.

OPPIKOFER.

46) **Kronenberg. Durchwandern eines Gewebsstückes durch die Tuba Eustachii nach Operation adenoider Wucherungen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 430. 1908.*

Bei einem 6j. Knaben mit beiderseitiger persistirender Trommelfellperforation nach ausgeheilter Scharlachotitis wurde die Rachenmandel entfernt. Am 5. Tage nach der Operation fand K. zufällig in dem linken trockenen Mittelohr ein halberbsengrosses Gewebsstück, das sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Rachenmandelgewebe erwies.

OPPIKOFER.

47) **Fein** (Wien). **Ueber die Abtragung der Rachenmandel mit dem bajonettförmigen Adenotom.** *Med. Klinik. 39. 1908.*

S. Bericht über den Intern. Laryngo- u. Rhinologen-Congress in Wien 1908.

SEIFERT.

48) **Ernst Barth** (Berlin). **Ein neues Pharynxtonsillotom.** *Deutsche medic. Wochenschr. No. 52. 1906.*

Modification der Schütz'schen Guillotine, erhältlich bei H. Pfau in Berlin.

ZARNIKO.

49) **Arthur J. Herzig. Eine verbesserte Adenoidencurette. (An improved adenoid curette.)** *Journal American Medical Association. 4. April 1908.*

Das Instrument ist nach dem Beckmann'schen Messer gearbeitet und unterscheidet sich von diesem dadurch, dass die beiden seitlichen Ränder zur Hälfte schneidend gemacht sind. Anstatt nach unten wird zuerst nach der Seite geschnitten und so erst die seitlichen Massen entfernt, dann erst die central sitzenden.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

50) **A. v. Sokolowski. Beitrag zur Aetiologie und Therapie bei der Neurasthenie vorkommender Rachenerscheinungen. (Przyczynek do etyologii i terapii spraw chorobnych gardzieli, postnoganych w przebiegu neurasthenii.)** *Gazeta Lekarska. No. 51, 52. 1908.*

Die sogenannten trocknen Katarrhe des Rachens und der Nase gehören in Polen zu den häufigsten Krankheiten. Wenn wir die Kranken uns näher ansehen, so beobachten wir, dass 1. wir hier es sehr oft mit jungen Individuen, meistens Stadtbewohnern, zu thun haben, dass 2. die Mehrzahl der Kranken der semitischen Bevölkerung angehört. Weitere Beobachtungen zeigten, dass die grösste Anzahl der Kranken Neurastheniker waren. Verf. behauptet, dass die hauptsächlichsten und fundamentalen Erscheinungen der Rachen- und Nasenkatarrhe der Ausdruck von allzugrosser Reaction des Nervensystems sind in Folge des bei Neurasthenikern häufig auftretenden Rachenkatarrhs. Weiterhin bespricht Verf. der Reihe nach die hauptsächlichsten Klagen der Kranken, die an diesem Leiden litten. Die gründliche Untersuchung und vor allem die richtige Vorstellung, in wie weit bei den betreffenden Fällen die Erscheinungen von der Reizbarkeit des Nervensystems abhängen und die genaue Erkennung der richtigen Ursachen der neurasthenischen Erscheinungen sind die fundamentalen Bedingungen nicht nur der Diagnose, sondern auch der Prognose und Therapie in jedem Falle. Was die letzte anbelangt, müssen in erster Linie die Psychotherapie und dann die verschiedenen Mittel der sogenannten physikalischen Therapie berücksichtigt werden. Was Kinder anbelangt, so ist es am besten, bei derartigen Erscheinungen sie vollständig aus der Stadt zu entfernen, sie aufs Land oder in eine Anstalt unter eine sachverständige Leitung zu schicken. Für Erwachsene mit derartigen Rachenerscheinungen empfiehlt es sich, die Beschäftigung einzustellen, eine Reise zu unternehmen, besonders nach fremden Ländern, wo der Kranke bei den neuen Eindrücken, die er dabei gewinnt, seine Krankheit allmählich vergisst. Endlich erwähnt Verf. verschiedene Orte, die für mannigfaltige Typen derartiger Neurastheniker empfehlenswerth sind.

AUTOREFERAT.

51) **Kate Wylie Baldwin. Gaumenspalte und Hasenscharte. (Cleft palate and hare-lip.)** *The Laryngoscope. Juli 1907.*

Enthält den Bericht über einen sehr schwierigen und hartnäckigen Fall, dessen mit grosser Geduld durchgeführte Behandlung schliesslich zu einer völligen Heilung führte.

EMIL MAYER.

52) **Arbuthnot Lane. Die moderne Behandlung der Gaumenspalte. (A modern treatment of cleft palate.)** *Lancet. 4. Januar 1908.*

Es kann ein breiterer Lappen in frühster Kindheit gewonnen werden, bevor die Zähne durchbrechen. Verf. beschreibt die verschiedenen Methoden der Operation; die Arbeit ist durch zahlreiche und vortreffliche Abbildungen illustrirt.

ADOLPH BRONNER.

53) **Helbing** (Berlin). **Zur Technik der Gaumenspaltenoperation.** *Centralbl. f. Chirurgie. 27. 1908.*

In 38 Fällen von Gaumenspalte gelang es 26 mal durch eine einmalige Operation nach Langenbeck einen vollkommenen Verschluss der Gaumenspalte zu erzielen. H. empfiehlt, vor der Ausführung der Operation eine Verschmälerung der abnorm breiten Spalte durch Annäherung beider Kieferhälften vermittels geeigneter orthodontischer Apparate vorzunehmen.

SEIFERT.

54) **Winternitz** (Budapest). **Operation der Gaumenspalte mittels Plattennaht.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 86. 1908.*

Die frühe Operation wird für besser gehalten, weil man dann bei gut gelungener Naht einen sufficienten Gaumen erzielt. Genaue Beschreibung der Technik der Plattennaht.

SEIFERT.

55) **S. H. Large. Die Gaumentonsillen. (The faucial tonsils.)** *Ohio State Medical Journal. 15. August 1908.*

Bei Kindern ist stets allgemeine Narkose, jedoch niemals mit Chloroform, anzuwenden, bei Erwachsenen Lachgas oder Cocain.

EMIL MAYER.

56) **John E. Rhodes. Sarkom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *N. Y. Medical Journal. 1. August 1908.*

Cfr. Bericht der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Canada, Mai 1908.

LEFFERTS.

57) **Hopmann** (Köln a. Rh.). **Die Furcht vor Mandeloperationen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1908.*

Unter Berücksichtigung der physiologischen und pathologischen Bedeutung des lymphatischen Rachenringes entkräftet H. die gegen die Mandeloperationen erhobenen Einwendungen: 1. Bedeutungslosigkeit der Mandelentzündungen. 2. Mangelnder oder ungenügender Erfolg der Operation. 3. Directe oder indirecte Schädigungen durch die Operation. 4. Gefahr der Narkose und des Blutverlustes. 5. „Wegnahme der ganzen Mandel ist überflüssig". Verkleinerungen oder andere entsprechende Maassnahmen genügen. Autor erörtert eingehend die Indicationen und Contraindicationen zur Operation und vertritt den Standpunkt, bei gegebener Operationsindication möglichst radikal und alles in einer Sitzung in Narkose zu entfernen, so dass er, selbst bei Kindern, in einer Sitzung Rachenmandel, die beiden Gaumenmandeln, eventuell noch „Wucherungen der Wulstfalte, der Zungenmandel und Hyperplasien der Nasenmandeln, namentlich ihrer Hinterenden" entfernt. Bezüglich der Gaumenmandeln soll man — unter sorgfältiger Schonung der Gaumenbogen — die Gaumenmandeln womöglich stumpf herausschälen und das ganze Mandelgewebe entfernen. Als zweckmässigstes Instrument empfiehlt H. die von ihm und Scherenberg angegebenen, bezw. modificirten Scheeren. Verf. verbreitet sich eingehend über die Zweckmässigkeit, ja Nothwendigkeit der Narkose zum Gelingen der Operation, über das Unzweckmässige der „Theiloperationen" und über die pathologische Bedeutung der „Mandelverkäsung".

HECHT.

58) **Joseph B. Green. Entfernung erkrankter Tonsillen und Adenoiden, um den Rachen von Diphtheriebacillen zu reinigen. (Removal of diseased tonsils and adenoids to rid the throat of diphtheria bacilli.)** *The Laryngoscope. August 1908.*

An und für sich bietet die Operation unmittelbar nach einer Diphtherieerkrankung nicht mehr Risiko als zu andern Zeiten; nur muss man wegen der Wahl eines Anästheticums den Allgemeinzustand, besonders den Zustand des Herzens, berücksichtigen. Jedenfalls soll nie Chloroform angewandt werden, sondern lieber Aether oder Bromäthyl.

Verf. schreibt den permanenten Befund von Diphtheriebacillen bei Reconvalescenten nach Diphtherie dem Zustand der Gaumen- und Rachentonsille zu, da deren Krypten einen idealen Schlupfwinkel für die Mikroorganismen darstellen.

EMIL MAYER.

59) **Edward J. Brown. Schmerzlose Tonsillectomie und Adenectomie mit Chinin-Anästhesie. (Painsles Tonsillectomy and Adenectomy with Chinin Anaesthesia.)** *Journal American Medical Association. 8. August 1908.*

Verf. meint, dass Chininlösung ein ausgezeichnetes und gefahrloses Mittel zur localen Infiltrationsanästhesie bilde.

EMIL MAYER.

60) **Marchal. Amygdalotomie und Adenotomie. (Amygdalotomie et Adénotomie.)** *Archives Méd. Belges. No. 1. 1908.*

Der Leser dieser Zeitschrift dürfte schwerlich etwas Neues in dem Artikel entdecken.

BAYER.

61) **Rydygier jun. Eine neue Methode zur Freilegung der Tumoren im Rachen. (Nowy sporób nozedecia gardla [pharyngotomia], w celu dotarcia do guzów w niem powstatych.)** *Tygodnik Lekarski. No. 51. 1908.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die zahlreichen Operationsmethoden und empfiehlt selbst die Operation von zwei Schnitten aus vorzunehmen, deren einer vom Processus mastoideus bis herab zum Sternum entlang dem Musculus sternocleidomastoideus, der andere quer etwa senkrecht zu dem ersteren, von der Mitte des grossen Zungenbeinhornes bis zum Sternocleidomastoideus reicht. So lässt sich durch das Zurückschlagen zweier Lappen ein grosses Operationsfeld freilegen und mit Durchschneidung der Zungenbeinmuskeln sich der Zutritt zu dem ganzen Pharynx von der Schädelbasis bis zum Aditus laryngis und zur Nasenrachenhöhle bahnen. Von grossem Vortheil ist dabei auch die Freilegung der grossen Gefässe und die Möglichkeit, das dieselben umgebende lockere Gewebe mit den Lymphdrüsen ausgiebig zu entfernen.

A. v. SOKOLOWSKI.

62) **Robert C. Myles. Die Entfernung der Gaumentonsillen als Mittel gegen katarrhalische Schwerhörigkeit. (The removal of the faucial tonsils as a means of relieving catarrhal deafness.)** *American Journal of Surgery. Juli 1908.*

Verf. anästhesirt das Operationsfeld, indem er die Tonsillen zuerst mit 10proc. Cocainlösung bepinselt und dann eine 1proc. Lösung in die Schleimhaut um die Kapsel herum injicirt.

Mit Scheeren löst er die Tonsillen aus der Tiefe heraus und vollendet die Operation mit Guillotine, Schlinge und Zange.

Bei Kindern bevorzugt Verf. die allgemeine Narkose. EMIL MAYER.

63) **Chevalier Jackson. Tonsillotomie eder Tonsillectomie. (Tonsillotomy or tonsillectomy.)** *N. Y. State Journal of Medicine. Januar 1908.*

Verf. meint, dass wenige Operationen allgemein so schlecht gemacht würden, wie die an den Tonsillen und dass die Tonsillotomie eine durchaus ungerechtfertigte Operation sei. Die Tonsillotomie, d. h. die Abtragung des prominirenden Theils der Tonsille führt dazu, dass die Drüsen in dem tieferen Abschnitt der Tonsille unter dem Narbengewebe der Tonsille abgeschlossen würden; dadurch werde für immer die Function der zurückbleibenden Partie aufgehoben und der Patient sei in den meisten Fällen schlechter daran als vorher. Patienten, die an periodisch auftretenden Anfällen von acuter Tonsillitis gelitten hätten, bekämen solche noch häufiger als früher; Rheumatismus, infectiöse Arthritis, Endocarditis und andere Krankheiten, die auf die Tonsillen zurückgeführt werden, würden verschlechtert oder ihr Auftreten werde durch die partielle Amputation der Tonsille wahrscheinlicher gemacht. Der einzige richtige und chirurgische Weg sei, die Tonsille gründlich aus ihrer Kapsel herauszuschälen. LEFFERTS.

64) **George L. Richards. Ein neues Instrument zum Passen der Tonsillen vor ihrer completten Enucleation. (A new instrument for grasping the tonsil preliminary to complete enucleation.)** *Journal American Medical Association. 27. Juni 1908.*

Das Instrument gestattet, die Tonsille während des ganzen Actes der Operation festzuhalten. EMIL MAYER.

65) **Magne. Betrachtungen anlässlich eines neuen Falles von gutartiger Geschwulst des unteren Rachens. (Réflexions au sujet d'un cas nouveau de tumeur bénigne du pharynx inférieur.)** *Rev. hebd. de tumeur. April 1908.*

Bericht über einen ziemlich seltenen Fall eines gestielten, beweglichen Tumors, der bei einem 73jährigen Manne auf der Moure'schen Klinik beobachtet wurde. Der Stiel war lang und dünn und inserirte an der seitlichen Rachenwand unterhalb des Endes des hinteren Gaumenbogens. Als einziges Symptom bestanden Schluckbeschwerden. Abtragung des Tumors mit der heissen Schlinge. BRINDEL.

66) **Clement F. Theisen. Sarkom des Rachens bei einem 8jährigen Kinde mit Obductionsbericht und mikroskopischem Befund. (Sarcoma of the pharynx in a child of eight years with autopsy findings and microscopic report.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Cf. Bericht der XXIX. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Washington, Mai 1907. EMIL MAYER.

67) **Lavrand. Ulcerirter Tumor des Pharynx. (Tumeur ulcérée du pharynx.)** *Journal des sciences médicales de Lille. 2. Mai 1908.*

Es handelte sich um ein geschwürig zerfallendes Gummi, das unter specifischer Behandlung schnell heilte. BRINDEL.

68) Hugo Zwillinger. **Cavernöses Hämangiom des unteren Pharynx. (Cavernous hemangioma of the lower pharynx.)** *N Y. Medical Record. 1. August 1908.*

Pat. war 22 Jahre alt; in dem rechten Sinus piriformis sass eine bläulichrothe Geschwulst. Nur der obere Theil der ary-epiglottischen Falte war von der Geschwulst frei geblieben, die einen Theil des Taschenbandes verdeckte und die Glottis von oben her etwas verengte. Die Oberfläche des Tumors war uneben und höckrig. Er erstreckte sich in der Richtung auf die rechte Vallecula hinter die Epiglottis auf den Zungenrücken und bedeckte die rechte pharyngo-epiglottische Falte. Mit einer breiten Oberfläche haftete er an einem Gewebszipfel, der unterhalb der rechten Tonsille herkam, die rechte Vallecula ausfüllte und am Zungengrund endete. Die Diagnose lautete Haemangioma cavernosum. Mikulicz hatte bis 1889 nur zwei solche Fälle berichten können. LEFFERTS.

69) Gottlieb Kiaer. **Ein Fall von primärem Carcinom des Epipharynx. (A case of primary cancer of the epipharynx.)** *The Laryngoscope. August 1908.*

Bericht über einen Fall. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

70) R. A. Parker. **Diphtherieepidemie in Boulder Westaustralien. (Diphtheria-outbreak at Boulder Westaustralia.)** *Australasian Medical Gazette. December 1908.*

Hervorzuheben sind die Isolationsmaassregeln: Alle Erkrankten wurden in ein Sonderhospital gebracht, das drei Monate geöffnet blieb, während alle mit ihnen in Berührung gekommenen Personen unter ständiger Beobachtung blieben. Die Isolation wurde so lange fortgesetzt, als die bakteriologische Untersuchung des Rachens das Vorhandensein von Bacillen ergab. A. J. BRADY.

71) A. Montefusco. **Die Morphologie des Diphtheriobacillus in Beziehung zu seiner Virulenz und zur Prognose des Croup. (La morfologia del bacillo difterico in rapporto alla sua virulenza ed alla pregnosi del crup.)** *Giorn. Intern. delle Scienze mediche. 15. Januar 1908.*

Auf Grund von 72 klinisch und bakteriologisch untersuchten Fällen, wovon 17 mit Obductionsbefund, kommt Verf. zu dem Schluss, dass die drei Typen des Diphtheriebacillus (kurze, mittlere und lange) sich unter einander nicht durch Verschiedenheit der Virulenz unterscheiden. Der in Frankreich für fast avirulent gehaltene kurze Bacillus ist ebenso virulent wie die mittlere Form und kann sich in Culturen in den langen Bacillus umwandeln. Die Schwere des Falles hängt nicht von dem bei ihm gefundenen Bacillentypus ab, sondern vielmehr davon, ob sich andere Mikroorganismen, besonders Diplokokken und Streptokokken, ihm zugesellen. FINDER.

72) Thos. Strani. **Ein Diphtherieträger; Persistiren des Klebs-Löffler-Bacillus 9 Monate nach der Erkrankung. (A diphtheria carrier; persistance of the Klebs-Loeffler bacillus nine months after attack.)** *Lancet. 17. October 1908.*

Das Kindermädchen hatte Diphtherie; Ausstriche aus Hals und Nase ergab

keine Diphtheriebacillen. Sie inficirte die ihrer Obhut anvertrauten Kinder. In der Nase derselben fanden sich Bacillen, die nach der Behandlung verschwanden. Die Kinder wurden von Neuem inficirt und man fand wieder Bacillen in der Nase. Verf. denkt an die Möglichkeit einer Infection der Nebenhöhlen.

ADOLPH BRONNER.

73) **J. H. Brandt. Diphtherie, übertragen durch einen Hund. (Diphtheria contracted from a dog.)** *Journal American Medical Association. 11. April 1908.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem mit grosser Wahrscheinlichkeit eine diphtherische mit partieller Lähmung auftretende Erkrankung eines Hundes auf ein kleines Mädchen übertragen wurde; auch einen zweiten Diphtheriefall führt er auf Ansteckung durch den Hund zurück.

Die Diagnose der Erkrankung beim Hunde geschah, indem Diphtheriebacillen in seinem Rachen gefunden und die angelegten Culturen positiv ausfielen; Injection zweier Meerschweinchen ergab bei dem einen eine typische Membran, während deren Bildung bei dem andern durch vorherige Gaben von Antitoxin verhindert wurden.

EMIL MAYER.

74) **Puddicombe. Bemerkungen über einen Fall von Diphtherie und Impetigo contagiosa beim Kind. (Notes on a case of diphtheria and impetigo contagiosa in the child.)** *Lancet. 8. August 1908.*

Achtjähriges Kind mit Impetigo erkrankte an Diphtherie.

Heilung durch Seruminjectionen. Es wurden Klebs-Loeffler'sche Bacillen in den Absonderungen aus Nase und Hals, sowie in der Impetigo gefunden.

ADOLPH BRONNER.

75) **A. Mazzi. Einige prämonitorische Zeichen der postdiphtherischen Lähmung. (Alcuni segni premonitori della paralisi post-difterica.)** *Gli Annali di Ippocrate. 15. Februar 1908.*

Bei einer Epidemie von circa 300 Fällen verlor Verf. 8 an plötzlicher Herzlähmung während der Convalescenz. Er fand stets, dass in diesen Fällen die Convalescenz begleitet war von schwerer Anämie, hartnäckiger Anorexie, Erbrechen, allgemeiner Schwäche und Schwäche der Herzfunctionen, Leibschmerzen. Verf. glaubt, dass dies davon abhängt, dass die Antitoxingaben zu gering waren und nicht nach der anscheinenden Genesung fortgesetzt wurden. Sind daher Erscheinungen, wie die oben genannten vorhanden, so soll man von Neuem Antitoxin geben.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

76) **Schiffers** (Lüttich). **Missbildung des Kehlkopfes, palmirter Larynx, Palmatur oder Palmirung des Larynx. (Malformation du larynx, larynx palmé, palmature ou palmure du larynx.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 4. 1908.*

Der Autor hat bei 3 Personen eine Membran constatirt, welche ein Viertel der Stimmbänder an ihrer vorderen Commissur vereinigte. In einem Fall befreite er den Kranken von seiner Stimmschwäche, welche davon abhing, vermittelst des Galvanokauters.



Diese Membran, bestehend aus Epithelien und Bindegewebe, rührt von einer embryonalen Störung her. PARMENTIER.

77) Gottlieb Kiaer. **Congenitales Diaphragma des Kehlkopfes. (Congenital diaphragm of the larynx.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

Die Membran nahm die vorderen drei Viertel der Rima glottidis ein und endete hinten mit einem scharfen concaven Rand. Sie war am dünnsten in der Mitte, hinten und an der Seite, während sie vorn an der Anheftungsstelle eine mehr fibröse Beschaffenheit hatte. Mittels des Galvanokauters wurde die Membran von hinten nach vorn in der Mittellinie durchtrennt. Patientin gab nach der Operation dem Erstaunen darüber Ausdruck, wie viel mehr Luft sie einathmen könnte, als vordem. EMIL MAYER.

78) Denille. **Ueber die Behandlung der diffusen Larynxpapillome beim Kind. (Du traitement des papillomes diffus du larynx chez l'enfant.)** *Thèse de Toulouse. 1907.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die verschiedenen chirurgischen Methoden und erörtert deren Indicationen. BRINDEL.

79) J. Payson Clark. **Kehlkopfpapillome bei Kindern; eine fernere Betrachtung über diesen Gegenstand. (Papilloma of the larynx in children; a further consideration on the subject.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1908.*

Cfr. Verhandlungen der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Montreal Mai 1908. EMIL MAYER.

80) K. Malmsten (Stockholm). **Ein Fall von kirschgrossem Fibrom des linken Stimmbandes. (Fall af körsbärsstort fibrom fran venstra stämbandet.)** *Sitzung der Schwed. Gesellschaft der Aerzte vom 22. September 1908.*

Es handelte sich um eine sonst gesunde 27jährige Dame, die seit 5 bis 6 Jahren an Heiserkeit litt; am 19. Januar 1904 konnte Dr. M. einen gelappten, bohnengrossen Tumor, vom linken Stimmbande ausgehend, constatiren. Die Pat. wollte sich nicht operiren lassen. Aphonie, erschwerte Respiration und Erstickungsanfälle führten sie jedoch 5 Jahre später zum Arzt; der Tumor war jetzt kirschgross und füllte die Stimmritze; er wurde intralaryngeal entfernt und die Stimme der Patientin wurde nach der Operation vollständig klar.

E. STANGENBERG.

81) Sir Felix Semon. **Einige Punkte in der Diagnose und Therapie des Kehlkopfkrebses. (Some points in the diagnosis and treatment of laryngeal cancer.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Cfr. Referat des Artikels aus dem British Medical Journal. (Centralblatt 1907, S. 218.) EMIL MAYER.

82) J. Leslie Davis. **Kehlkopfneubildungen in Amerika. (Laryngeal neoplasms in America.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

An der Hand von 150 Mittheilungen amerikanischer Collegen bespricht Verf. Aetiologie, Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses. EMIL MAYER.

83) **W. Okada. Ueber die Resultate der operativen Behandlung des Kehlkopfcarcinoms.** *„Gan“ (Carcinom). Bd. II. Heft 1. 1908.*

29 Patienten unter 160 Kehlkopfcarcinomkranken wurden vom Verf. während der letzten 8 Jahre mit folgenden Resultaten operirt:

1. Intralaryngeale Exstirpation 2 Fälle. Heilung 50 pCt.

In einem Falle fand sich das Carcinom in Gestalt eines Polypen am linken Stimmband. Kein Recidiv 7—8 Jahre nach der Operation.

2. Partielle Kehlkopfexstirpation 2 Fälle. Heilung 50 pCt.

3. Totale Kehlkopfexstirpation 25 Fälle. Heilung 36 pCt.

Als geheilt betrachtet O. 9 Fälle, bei welchen über ein Jahr kein Recidiv eintrat, aber er konnte nur bei 3 Patienten constatiren, dass sie noch gesund waren (3, 4 und 6 Jahre nach der Operation), während er von den übrigen keine Nachricht erhielt.

INO KUBO.

84) **H. P. Mosher. Die directe Untersuchung des Kehlkopfs und des oberen Endes des Oesophagus in Seitenlage. (The direct examination of the larynx and of the upper end of the oesophagus by the lateral route.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 6. Februar 1908.*

Die Untersuchung wird in der Regel in Narkose vorgenommen. Verf. schildert die Technik derselben und ein von ihm zu diesem Zweck angegebenes Speculum.

EMIL MAYER.

85) **R. H. Johnston. Directe Laryngoskopie. (Direct Laryngoscopy.)** *St. Louis Medical Review. Juli 1908.*

Es werden drei Fälle berichtet, in denen die Diagnose mittels des Jackson'schen Speculums leicht gelang: Kehlkopfabscess, Stenose nach Intubation und Kehlkopfpapillom.

EMIL MAYER.

86) **Emilio Martinez. Ein nicht diagnosticirter Fremdkörper im Kehlkopf. (An unrecognized foreign body in the larynx.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Pat. verschluckte eine Zahnplatte; es wurde die Oesophagotomie gemacht, als deren Folge eine Recurrenslähmung zurückblieb. Es traten dann Erscheinungen von Kehlkopfstenose auf, wegen deren die Tracheotomie gemacht wurde. Im März 1907 wurde die Thyreotomie gemacht; man fand im rechten Ventrikel einen von Granulationen angefüllten Fremdkörper, einen Hammelknochen. Es wird angenommen, dass dieser im September 1905 aspirirt worden ist und wegen der bestehenden Recurrenslähmung nicht ausgehustet werden konnte. Bemerkenswerth ist die Toleranz des Kehlkopfs gegenüber einem seit 2 Monaten in ihm steckenden Fremdkörper.

EMIL MAYER.

87) **L. Heyermans** (Amsterdam). **Eine verschluckte Wurst. (Een ingeslikte worst.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 8. 1908.*

Ein dementer Achtzigjähriger erstickte beim Wurstessen. Der zufällig in der Nähe anwesende und schleunigst herbeigeholte Arzt (H.) fand ihn cyanotisch, mit offenbar ganz abgeschlossenem Luftweg. Mit den Fingern gelang es ihm, eine halbe Wurst aus dem Rachen zu entfernen. Mit einem Messer wurde dann die

Trachea eröffnet und die Wunde mittels einer Klemmpincette klaffend erhalten und durch künstliche Athmung die Respiration wieder in Thätigkeit gesetzt. Es wurde dann mit einer Zange der Rest der Wurst (wie sich herausstellte, noch eine halbe Wurst!) extrahirt. Die ganze Wurst wog 150 g.

An der Tracheotomiewunde trat keine Infection auf; allein es entstand eine Pneumonie, welcher der Alte nach 7 Tagen erlag.

H. BURGER.

88) **Goyanos** (Madrid). **Blutegel in der Regio subglottica; Extraction mittels directer Laryngoskopie. (Ganguijueta da la región subglótica extraida por laringoscopia directa.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 14. November 1907.*

Im Moment der Einführung des Instruments löste sich der Blutegel vom Kehlkopf los und heftete sich an die Innenwand des Rohrs an und konnte so extrahirt werden.

TAPIA.

89) **Chevalier Jackson. Tracheobronchoskopie. (Tracheobronchoscopy.)** *Annals of Surgery. März 1908.*

Verf. beschreibt eine von ihm angegebene Modification des Bronchoskops, die vor der bisher gebräuchlichen Form gewisse Vortheile haben soll. Er hat mit diesem Instrument 17 Tracheo-Bronchoskopien wegen Fremdkörper ausgeführt und es gelang in 14 Fällen, den Fremdkörper zu entfernen.

LEFFERTS.

90) **Rontaler. Beitrag zu der therapeutischen Wirkung der Tracheobronchoskopie und über die Technik der Bronchoskopie. (Przyczynek do terapeutycznego leczenia za pomoca tracheobronschoskopii.)** *Medycyna. 1908.*

Nachdem Verf. einen kurzen historischen Ueberblick der Lehre von der Bronchoskopie gegeben und den Killian'schen und Brüning'schen Apparat wie auch die genaue Technik bei einem derartigen Verfahren genau beschrieben hat, berichtet er über zwei Fälle:

1. Rhinolaryngotracheosklerom, bei dem nach mehrmaliger Anwendung der Bronchoskopie zu diagnostischen Zwecken eine bedeutende Verminderung der Stenose eintrat, was Verf. nicht nur dem mechanischen Einfluss, sondern auch der Zerreissung und Abschabung der weichen in der Trachea befindlichen Granulationen durch den Apparat zuschreibt.

Fall 2, bei dem es sich nach Ansicht des Verf.'s bei einem 63jährigen Patienten um eine Pseudoleucaemia lymphatica cervicalis handelte, wobei eine starke Dyspnoe bestand: hierbei wurde bei mehrmaliger Anwendung des Bronchoskops eine bedeutende Verminderung der Athemnoth erzielt, was Verf. der mechanischen Wirkung auf die stark geschwollene Schleimhaut der Trachea zuschreibt.

A. v. SOKOLOWSKI.

91) **A. Winternitz** und **M. Paunz** (Budapest). **Ueber den practischen Werth der directen Tracheobronchoskopie.** *Orvosi Hetilap. No. 41—43. 1908.*

Dieser im Archiv f. Laryngologie ebenfalls erschienene Vortrag ist im Centralblatt bereits referirt worden.

v. NAVRATIL-POLYAK

92) **Walter B. James** und **Emil Mayer. Bronchoskopie. (Broncheskopy.)** *N. Y. Medical Record. 30. Mai 1908.*

Ein 7jähriger Knabe inspirirte das Mundstück einer Kindertrompete. Röntgenaufnahme zeigte den Fremdkörper in der Mittellinie gegenüber dem vierten Dorsalwirbel mit der Spitze nach dem linken Bronchus gerichtet. Emil Mayer entfernte den Fremdkörper mittels des Bronchoskops in 13 Minuten; er lag an der Bifurcation und wurde mit dem Rohr zusammen herausgezogen. Die Operation geschah unter Chloroformnarkose. Der Fremdkörper hatte 5 Monate in den Luftwegen gesessen.

LEFFERTS.

93) **Goldstein** (Paris). **Eine Pfeife in den Bronchien. (Un sifflet dans les bronches.)** *Société de Pédiatrie. 20. October 1908.*

Der Fremdkörper sass an der Bifurcation des rechten Hauptbronchus. Bei jeder Inspiration ertönte die Pfeife, so dass man es in der Entfernung hören konnte. Nach 14 Tagen wurde sie durch einen Hustenstoss ausgetrieben.

GONTIER de la ROCHE.

94) **Wolff Freudenthal. Ein Wort zu Gunsten der systematischen Anwendung der Bronchoskopie in unserer Praxis. Nebst Beschreibung eines modificirten Bronchoskops. (A plea for systematic use of bronchoscopy in our routine work. With discription of a modified bronchoscope.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Mai 1908.*

Verf. plaidirt dafür, das Feld für die Anwendung der Bronchoskopie zu erweitern. So sollten alle Erkrankungen der unteren Luftwege mit ihrer Hülfe in vivo studirt werden, und es würden so manche bisher als selten erachtete Affectionen in ein helleres Licht gesetzt werden.

Das Bronchoskop, das Verf. angiebt und das unter Leitung des Kehlkopfspiegels einzuführen ist, besteht aus zwei gleich langen Theilen, die durch ein Gelenk mit einander verbunden sind. Er glaubt, dass mittels dieser Bronchoskopie die Untersuchungsmethode sehr vereinfacht wird.

LEFFERTS.

95) **A. Galebsky** (St. Petersburg). **Ueber die Anwendung der Bronchoskopie in zwei Fällen von Asthma bronchiale.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 7. 1908.*

Im ersten Falle wurde nach der ersten Sitzung Besserung beobachtet; bei einem neuen Anfalle, der zur Zeit der Menses eintrat, hatte die Vornahme der Bronchoskopie keinen Erfolg. Bei diesem Falle — 40jährige Frau — bestand „eine schwere Form von Asthma bronchiale, bei der sich die Erscheinungen einer diffusen Bronchitis hauptsächlich in der linken Lunge localisirten. In diesem Falle wurde mittels Bronchoskopie ein sehr deutlicher Unterschied zwischen der Schleimhaut des rechten und linken Bronchus erwiesen. Die Schleimhaut des linken Bronchus war stark geröthet und etwas ödematös."

In dem zweiten Falle — Asthma bronchiale bei einer 30jährigen Frau — „wurde durch bloss einmalige Anwendung der Bronchoskopie und Bepinselung der Bronchien mit Cocain und Adrenalin eine vollkommene Heilung des Leidens erzielt".

Autor vermuthet, dass der Erfolg der Bronchoskopie dadurch zu Stande komme, „dass durch die Bepinselung mit der starken Cocainlösung die das Asthma auslösende Reflexkette unterbrochen wird“. HECHT.

96) **Chevalier Jackson. Ein neues Bronchoskop. (A new bronchoscope.)** *The Laryngoscope März 1908.*

Das Bronchoskop ist nur in zwei Grössen nothwendig: 5 mm : 30 cm für Kinder und 7 mm : 40 cm für Erwachsene; eine dritte Grösse von 9 mm : 40 cm kann gelegentlich verwendet werden, ist aber nicht unbedingt nothwendig.

EMIL MAYER.

97) **Wilson T. Ballin. Ein Kehlkopfmesser und Argentumträger. (A larynx knife and silver nitrate carrier.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Mai 1908.*

Das Messer ist leicht, kann gut sterilisirt werden, seine Länge kann verstellt werden, es kann nach jeder Richtung schneidend gestellt werden und ist geschützt, so dass Verletzungen beim Herausziehen ausgeschlossen sind.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

98) **Sidney Dickens. Bemerkungen über einen Fall von acutem Kropf. (Notes on a case of acute goitre.)** *Lancet. 24. October 1908.*

Es handelte sich um ein 16 jähriges Mädchen, das an leichter Dyspnoe und Dysphagie litt. Der linke Schilddrüsenlappen fühlte sich hart an und war vergrössert. Während der Nacht nahm die Dysphagie zu. Am nächsten Tage ging es ihr erheblich schlechter. Es wurde ein Katheter vom Mund aus durch den Kehlkopf eingeführt und dann die Tracheotomie gemacht. Es trat auffallende Pulsverlangsamung und Exitus ein, der wahrscheinlich auf eine Wirkung auf den Vagus zurückzuführen war. Eine Operation war verweigert worden.

ADOLPH BRONNER.

99) **Capelle** (Bonn). **Ein neuer Beitrag zur Basedowthymus.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1908.*

Nach eingehender Besprechung der einschlägigen Literatur Bericht über einen Fall von operiertem Basedow mit postoperativem Exitus, als dessen Ursache „Status thymicus“ (persistirende Thymus von 10 : 6 1/2 : 2 1/2 cm) bei der Autopsie festgestellt wird. „Es ist daher ein Gebot der Nothwendigkeit, bei jedem schweren Basedow, der operativ angegriffen werden soll, das Bild des Status thymicus vor Augen zu behalten, und jedesmal erst die diagnostische Kunst zu erschöpfen, für die Frage, ob der zu operirende Kranke eine vergrösserte Thymus besitzt.“ „Der Nachweis einer grossen Thymus giebt eine Contraindication zu einem Eingriff bei Basedow ab wegen der zu gewärtigenden und bei ihrem Eintritt durch nichts aufzuhaltenden Herzkatastrophen“. HECHT.

100) **Gordon Gullan. Morbus Basedow; eine Discussion über seine Pathologie und Behandlung. (Exophthalmic goitre; a discussion on it spathology and treatment.)** *Lancet. 5. September 1908.*

Die Veränderung der Schilddrüse besteht in einer wirklichen Hypertrophie, die zu einer Vermehrung der specifischen Secretionen führt. Alle Symptome können bei Thieren durch die Anwendung grosser Dosen von Schilddrüsensubstanz hervorgerufen werden. Gewisse Abnormitäten in der Function der Geschlechtsorgane bilden wahrscheinlich den Ausgangspunkt der Schilddrüsendegeneration. Die Parathyroiddrüsen haben wahrscheinlich nichts mit der Basedowschen Krankheit zu thun. Von 16 Fällen wurden 9 mit Rodagen (hergestellt aus der Milch thyreodectomirter Ziegen) behandelt; einer wurde geheilt, 7 erheblich gebessert, einer blieb ungebessert. Von 5 Fällen, die mit Thyreodectin behandet wurden, wurden alle geheilt.

ADOLPH BRONNER.

101) **T. H. Evans. Hypochloridisation bei der Behandlung des Morbus Basedow. (Hypochloridization in the treatment of ophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 2. Januar 1909.*

Die Behandlung ist eine der Epilepsie analoge und besteht in Verabreichung von Strontium bromat., Kaliumnitrat, Digitalis und salzloser Diät. Nach zweiwöchiger Behandlung verschwanden der Tremor und das Gefühl von Nervosität vollständig und Patientin wurde körperlich und seelisch viel ruhiger; der Puls fiel von 128 auf 96.

LEFFERTS.

102) **H. J. Berckley. Wirkung des Lecithin bei Morbus Basedow. (Action of Lecithin in exophthalmic goiter.)** *American Medical Association Journal. 24. October 1908.*

Verf. verwendet seit 3 Jahren eine alkoholische Lösung von Lecithin, die ihm in vielen Fällen von Asthenie ausgezeichnete Dienste leistete und die er jüngst auch in einigen Fällen von Morbus Basedow mit deutlichem Erfolg hat brauchen lassen. Trotz des sehr unangenehmen Geschmacks des Mittels gewöhnen sich die Patienten bald daran. Alle Patienten geben an, dass eine Stunde, nachdem sie die Medicin genommen haben, ihre Nerven sich beruhigen und die acuten Erscheinungen aufhören. Lecithin ist nicht am Platz bei gestörter Digestion und versagt ohne Hülfe einer Milchdiät. Verf. discutirt die Wirkung und giebt die Krankengeschichte von vier Fällen, von denen zwei schwere, die sehr günstig durch die Lecithin-Milchkur beeinflusst wurden.

EMIL MAYER.

103) **Jeanne C. Solis. Die Behandlung des Morbus Basedow. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *Journal Michigan State Medical Society. October 1908.*

Verf. empfiehlt die Anwendung des faradischen Stroms in diesen Fällen.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

104) **Sidney Lange. Die Röntgenuntersuchung des Oesophagus. (The Roentgen examination of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Januar 1909.*

In vielen Fällen kann die Röntgenuntersuchung eine werthvolle Ergänzung

der übrigen diagnostischen Methoden darstellen, in andern ist ihre Vornahme direkt geboten. Bei schwachen und neurotischen Personen ist die Einführung von Instrumenten in den Oesophagus oft schwierig, bei Herzkranken gefährlich; die Möglichkeit eines Aortenaneurysmas oder eines Mediastinaltumors stellt für sie ein Risiko dar. Nach einer bisher freilich nur geringen Zahl von Untersuchungen scheint es, als ob eine Verengung im Lumen des Oesophagus durch Röntgenuntersuchung frühzeitiger festgestellt werden kann. LEFFERTS.

105) **O. W. H. Mitchell. Frühzeitige Schwellung der Cervicaldrüsen als einziges Zeichen von Oesophaguscarcinom. (Early cervical lymph node enlargement, the sole sign of carcinoma of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1909.*

An der Hand eines Falles discutirt Verf. die Differentialdiagnose zwischen Tuberculose, Syphilis und Hodgkinscher Krankheit. Er sagt, dass jede Schwellung der Cervicaldrüsen beim Menschen den Verdacht auf Malignität erwecken sollte. Im vorliegenden Fall ergab die Untersuchung einer excidirten Drüse die maligne Natur der Erkrankung. LEFFERTS.

106) **Landois** (Greifswald). **Ueber multiple Cysten des Oesophagus.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 94. 1909.*

Bei der Section eines 41 jährigen Diabetikers fanden sich im Oesophagus echte, von den Ausführungsgängen der ösophagealen Drüsen ausgehende Cysten mit entzündlichen Veränderungen der Submucosa. SEIFERT.

107) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Zwei Fälle von Oesophagusfremdkörpern, durch Oesophagoskopie extrahirt.** *Bericht der Jahresversammlung der medicinischen Gesellschaft zu Kinshu. 1907.*

1. Ein 4jähriger Knabe verschluckte vor einer Woche eine Backengräte von „Pagous cardinalis" beim Essen. Am 11. März 1907 kam das abgemagerte Kind mit Schmerzen zu mir. Oesophagoskopie unter Chloroformnarkose auf dem Tische. (Rohr 125 cm lang, 1,0 cm im Durchmesser). Eine trapezoide (1,8 × 2,0 cm) Gräte lag im Anfangstheil des Oesophagus, die mit Killian'scher Fremdkörperzange leicht entfernt wurde.

2. 12jähr. Knabe verschluckte eine 2 Sen-Kupfermünze (3,2 cm im Durchmesser, 0,2 cm dick) aus Zufall. Am nächsten Tag (14. März 1907) kam er in die Klinik. Der Fremdkörper wurde durch Röntgenphotograghie deutlich im Anfangsteil des Oesophagus beobachtet. Extraction durch Oesophagoskopie geschah leicht mit hakenpincetteähnlicher Fremdkörperzange nach Killian.

K. empfiehlt dringlich ösophagoskopische Extraction statt Oesophagotomie selbst bei Kindern. INO KUBO.

108) **L. Mc. Gavin. Maligner Verschluss des Oesophagus. (Malignant obstruction of the oesophagus.)** *N Y. Medical Journal. 17. October 1908.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Pathologie und Symptomatologie des Speiseröhrenkrebses. LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) XXX Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Montreal 11. bis 13. Mai 1908.

Vorsitzender: Herbert S. Birkett (Montreal).

Der Vorsitzende eröffnet die Verhandlungen mit einer Rede über: „Die Geschichte der Medicin in der Provinz Quebeck".

Joseph H. Bryan: Entfernung eines Fremdkörpers (Getreidekorn) aus der Trachea eines 6 Jahre alten Kindes.

Es wurden verschiedentliche Versuche gemacht, eine tracheoskopische Röhre durch den Larynx einzuführen, dies misslang aber wegen des geschwollenen Zustandes der Schleimhaut. Das Kind wurde cyanotisch; es wurde tracheotomirt und das Korn mit der Zange entfernt. B. warnt davor, nach wiederholten vergeblichen Versuchen auf der Einführung des Rohrs zu beharren.

Thomas H. Halstead: Persönliche Erfahrungen bei der Anwendung von Bronchoskop, Oesophagoskop und Gastroskop.

Es wurden 18 Operationen und Untersuchungen bei 14 Patienten vorgenommen; in allen ausser 4 Fällen in allgemeiner Narkose. Der jüngste Fall betraf ein 2 Stunden altes Neugeborenes, der älteste eine 70jährige Frau. Vier Fremdkörper wurden entfernt. Die 14 übrig bleibenden Operationen und Untersuchungen betrafen Kehlkopfpapillome, Kehlkopfstenose, Papillom des unteren Pharynxabschnittes, Verdacht auf Fremdkörper im Oesophagus; einmal bestand bei einem Neugeborenen die Indication in drohender Asphyxie. H. lenkt die Aufmerksamkeit weiter auf die Verdienste Jackson's, der sich bemüht hat, auch den Magen der directen Besichtigung zugänglich zu machen.

Discussion:

Emil Mayer (New York) legt zwei in den letzten Monaten durch Bronchoskopie entfernte Fremdkörper vor, ein Getreidekorn und ein Mundstück einer Zinnpfeife. Vegetabilien sollen wegen ihrer Neigung, aufzuquellen, sofort beseitigt werden, ob drohende Erscheinungen vorhanden sind oder nicht. M. betont auch die Nothwendigkeit geschulter Assistenz.

H. L. Swain (New Haven) berichtet über zwei Fälle; einer betraf einen Epileptiker, der ein falsches Gebiss verschluckt hatte, in dem anderen war eine Pfeiffe in die Bronchien gerathen. Im ersteren wurde die Tracheotomie gemacht, der letztere mit der Jackson'schen Zange entfernt.

Fletcher Ingals (Chicago) sagt, man solle bei schwerer Dyspnoe zunächst die Tracheotomie machen. Die Bronchoskopie habe eine glänzende Zukunft, da sie jedoch nicht ganz ohne Gefahr sei, müsse sie mit grösster Vorsicht ausgeführt werden.

W. E. Casselberry (Chicago) macht die Bronchoskopie in Aethernarkose mit subcutaner Morphiumanwendung; wird Morphium nicht gebraucht, so zieht er Chloroform vor.

H. P. Mosher (Boston) demonstrirt einen Oesophagusspiegel, ein ovales Oesophagusrohr, einen mechanischen Dilatator für Oesophagusstricturen und ein dreieckiges Rohr für den Kehlkopf.

J. P. Clark (Boston) beschreibt eine Methode, einen Faden verschlucken zu lassen, um den genauen Sitz einer Oesophagusstrictur festzustellen.

N. L. Wagner (San Francisco) spricht über den Werth der Chloroformapplication per Rectum in diesen Fällen.

T. H. Halstead hat bei Bronchialgranulationen gute Resultate mit der Application von Argyrol gehabt. Er hat in allen Fällen Aether angewandt ohne irgendwelche schlechten Erfahrungen. Er hat mittels der Gastroskopie in zwei Fällen Narben im Magen gesehen; er war im Stande, entzündliche Herde zu entdecken, die er für Ulcerationen hielt. In einem Fall konnte er die Oeffnung des Pylorus sehen.

Harris P. Mosher: Die Bildung des hartens Gaumens.

Verf. unterscheidet vier Typen des harten Gaumens: 1. der gut gerundete Alveolarbogen, 2. schmäler als jener und gestaltet wie die drei Seiten eines Parallelogramms, 3. winklig, 4. dem ersten Typus sehr nahe kommend, jedoch weiter und breiter als dieser. M. bespricht den Antheil, den die Alveolen bei der Gaumenbildung spielen, die Ursachen für die Abweichungen von der normalen Form, die Missbildung der Zähne, das ungleiche Wachsthum der Theile des Septums, das Herabsteigen der Antra, Asymmetrie der Gaumenhälften etc. Für die Asymmetrie ist in einer grossen Anzahl von Fällen ein falscher Zahndurchbruch als Ursache anzuschuldigen.

Bryson Delavan (New York) sagt, er wäre nicht im Stande, zu verstehen, warum wir so oft den hohen Gaumen im frühesten Lebensalter. gelegentlich schon bei der Geburt, finden.

B. Alexander Randell (Philadelphia) erwähnt die Erblichkeit als wichtigsten Factor.

John C. Roe (Rochester): Die Wirkung der Mundathmung besteht darin, dass die Kiefer durch lateralen Druck der Gesichtsmuskulatur einander genähert werden. Dazu kommt das Fehlen des gegenwirkenden Druckes, den die Zähne gegen einander ausüben und der während des Durchbruchs sehr zur Erhaltung ihrer regelmässigen Stellung beiträgt. Bei geschlossenem Mund spielt auch die Zunge eine wichtige Rolle für die Stellung der Kiefer.

Braden Kyle (Philadelphia) meint, die Unregelmässigkeit beschränkt sich hauptsächlich auf den Oberkiefer und es spiele dabei eine mangelhafte Ernährung des Knochens eine wichtige Rolle.

H. P. Mosher ist der Ansicht, dass die eigentliche Erklärung für das Zustandekommen des hohen Gaumens und der zweiten Dentition in dem vollkommenen Schwinden der Praemaxillae zu suchen sei.

Clement F. Theisen: Cyste der Stirnhöhle, die mit dem Stirnlappen communicirt.

Der Fall betraf eine 34jährige Frau; sie hatte Schmerzen auf der linken

Kopfseite und Ausfluss aus der linken Nase. Bei der Operation fand man die hintere Wand des Sinus in beträchtlicher Ausdehnung fehlend und die Cyste sich in den Stirnlappen hinein erstreckend. Man konnte die Pulsation der Meningealgefässe sehen. Völlige Heilung.

J. Price-Brown: Bemerkungen über zwei ungewöhnliche Stirnhöhlenfälle.

Der erste Fall betraf ein junges Mädchen, bei dem von einer früheren Operation eine Fistel bestand; nach Anlegung einer freien Oeffnung wurde ein Goldröhrchen eingesetzt; schliesslich entfernte man einen abgestorbenen Knochen, worauf Heilung eintrat. Redner meint, dass das Goldröhrchen den freien Abfluss nach der Nase sicherte. Im zweiten Falle wurde ein Gummidrain eingeführt, aber der Ausfluss hielt an. Nach Ausspülungen trat schliesslich Heilung ein.

Lewin A. Coffin: Ein Fall von Sinusitis; schwere Gehirnerscheinungen durch Operation gebessert; Pyämie; Tod.

33jährige Frau, die bewusstlos mit Delirien und Convulsionen ins Hospital gebracht wurde. Sie hatte eine Orbitalphlegmone auf der rechten Seite und Schwellung; man glaubte an das Vorhandensein eines Stirn- und Siebbeinempyems. Es wurde nach Killian operirt und man fand Eiter unter hohem Druck. Pat. fühlte sich ein paar Tage wohl, jedoch das Fieber hielt an. Man öffnete die rechte Highmorshöhle und fand hier einen Polypen. In dieser Zeit abortirte Patientin; die Frucht war 3 Monate alt. Auf den Abort folgten Infectionen an verschiedenen Körperstellen. Punction hinter der Stirnhöhle entleerte erhebliche Mengen Eiter und Pat. starb zwei Monate nach der Aufnahme unter Convulsionen. Bei der Autopsie fand man die ganze rechte Hemisphäre mit dickem Exsudat auf der Innenfläche der Dura mater, die der Pia fest adhärirte, belegt. Die Oeffnung des Abscesses befand sich an der Oberfläche des rechten Stirnlappens ungefähr in der Mitte zwischen dem unteren Pol und der Fissura Rolandi.

W. E. Casselberry macht auf die Schwierigheiten der Differentialdiagnose in Fällen wie dem von Theisen vorgestellten aufmerksam. Er weist auf die Verwirrung hin, die in dem Gebrauch der Bezeichnungen „seröse Cyste“ und „Mucocele“ besteht.

H. P. Mosher unterscheidet zwischen chronischer Retention und chronischer Eiterung der Höhlen. Es giebt viele Abstufungen bei den Mucocelen von einer geringen Zahl erkrankter Drüsen an bis zu solcher Menge, dass sie die Höhle völlig ausfüllen. Viele Fälle von chronischer Eiterung waren ursprünglich Mucocelen. Er möchte Theisen's Fall als eine nicht inficirte Mucocele ansehen.

K. L. Swain betrachtet die pathologischen Verhältnisse der Sinuserkrankungen als völlig identisch mit denen bei den Ohrkrankheiten.

C. P. Grayson (Philadelphia) erörtert die Frage, ob es sich empfiehlt, wie es Brown thut, Tuben einzuführen, um die Drainage zu sichern. Man soll einen Gazetampon von der Höhle aus in die Nase einführen, die äussere Wunde schliessen; wenn man nach 36—48 Stunden den Tampon entfernt, besteht keine Tendenz des Canals mehr, sich zu verengern.

J. H. Bryan (Washington hält eine solche Tendenz für sehr naheliegend.

T. P. Berens (New York) sagt, dass der Erfolg jeder Stirnhöhlenoperation von der ausgiebigen Drainage abhängt; diese könne durch völlige Entfernung der vorderen Siebbeinzellen gesichert werden.

L. A. Coffin (New York) berichtet über einen Fall, in dem Retention der Cyste Exophthalmos verursachte. Drainageröhren seien nach Killian'scher Operation unnöthig. Er hat nur einmal eine Nachoperation machen müssen in einem Falle, wo bei der ersten Operation ein sehr enger Supraorbitalrecessus übersehen worden war.

Henry L. Wagner: Papillitis atrophicans bilateralis linguae.

Es werden zwei Fälle berichtet; der erste betraf einen 40jährigen Mann, einen sehr starken Cigarettenraucher. Patient klagte besonders über lancinirende Schmerzen, die durch ein kleines im Centrum des hyperplasirten Zungengewebes befindliches Ulcus verursacht wurden. Gründliche Exstirpation dieser Stelle beseitigte alle Beschwerden. Mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Stückes ergab wirkliche Hyperplasie aller Schichten der Schleimhaut. Der zweite Fall betraf eine 50jährige Frau, bei der die Affection, abgesehen von der Atrophie, an die von Butlin beschriebene Hemiglossitis parenchymatosa erinnerte. Prolongirte Jodcur verhütete fast ein Jahr lang ein Recidiv.

J. P. Clark fragt den Redner, ob nicht in dem zweiten Fall Pemphigus der Zunge als Diagnose angenommen werden könnte.

J. W. Farlow (Boston) hat verschiedene Fälle von Pemphigus der Mundschleimhaut gesehen, dieselben ähnelten aber nicht dem Wagner'schen Fall. Er hat niemals Atrophie auf den Pemphigus folgen sehen.

J. Edwin Rhodes: Sarkom der Tonsille, Operation und pathologischer Befund.

Zuerst wurde die Carotis externa unter Localanästhesie unterbunden, dann der Tumor unter Cocain-Adrenalin stückweise entfernt. Es war ein Rundzellensarkom von alveolärem Typus; Pat. befindet sich zur Zeit wohl, jedoch ist die Prognose schlecht.

Bryson Delavan hebt die Vortheile hervor, die aus der Unterbindung der Carotis allein sich ergeben können.

Alexander Randall hat 16 Tage nach der Operation völliges Fehlen der Pulsation in der Art. temporalis gesehen; so lange also dauert es, bis sich der Collateralkreislauf herstellt.

Frederic E. Hopkins: Der Einfluss des Adrenalin auf Arteriosklerose.

Es können grosse Dosen Adrenalin continuirlich gegeben werden, ohne dass Arteriosklerose entsteht.

C. F. Theisen lenkt die Aufmerksamkeit auf neuere Experimente, wonach Atherom der Gefässe nur entsteht, wenn Adrenalin intravenös injicirt wird.

K. P. Mosher: Adrenalin hat bei Meerschweinchen keinen Einfluss auf die Aorta, wenn es intranasal angewandt wird.

Alexander Randall hat Adrenalin bei Morbus Basedow und otitischem Vertigo angewandt, ohne je Einfluss auf die Gefässe zu sehen.

Discussion über Recurrens- und Abductorlähmung im Kehlkopf.

John W. Gleitsmann: Einführende Bemerkungen über Anatomie und Physiologie; Aetiologie der Erkrankungen centralen Ursprungs.

Was die Localisation und Natur der Erkrankung betrifft, so können wir unterscheiden: Lähmung in Folge corticaler Erkrankungen, Störungen in der Capsula interna zwischen Rinde und Bulbus, Bulbärprocesse, Syphilis, Tumoren, Exostosen an der Schädelbasis, Druck auf den Pneumogastricus, Spinalerkrankung und endlich Lähmungen nach dem Avellis'schen oder Hughlings Jackson-schen Typus.

Was die Lähmungen aus corticaler Ursache betrifft, so bilden sie ein sehr strittiges Capitel. Die Verlegenheiten entstehen dadurch, dsss auch bei Autopsien der Bulbus nicht immer untersucht wird, so dass die Gegenwart einer corticalen Erkrankung nicht eine Mitbetheiligung des Bulbus ausschliesst. Nach dem Dafürhalten des Redners glauben gegenwärtig nur wenige Autoren an eine einseitige Kehlkopflähmung in Folge einseitiger Hirnerkrankung.

Redner bespricht dann die Lähmungen aus bulbärer Ursache.

Bei Meningitis ist Kehlkopflähmung selten, ebenso bei multipler Cerebrospinalmeningitis. Bei Tabes ist die Abductorlähmung der vorherrschende Typus, auch bei amyotrophischer Lateralsklerose und acuter Spinalleptomeningitis ist Kehlkopflähmung beobachtet worden. Zum Schluss wird der sogenannte Avellis-sche Symptomencomplex und die von Hughlings Jackson beschriebene gleichzeitige Lähmung von Pharynx, Larynx und Zunge besprochen.

Bryson Delavan: Periphere Ursachen der Kehlkopflähmung.

Er stellt drei Gruppen auf: 1. Lähmung in Folge Trauma, 2. in Folge Druck auf den Nerven und 3. in Folge Toxämie durch Vergiftung oder Erkrankung.

Als Trauma kommen Schussverletzungen und Schnittwunden des Halses, Verletzungen bei chirurgischen Operationen etc. in Betracht. Druck auf den Nerven wird verursacht durch Lymphdrüsenschwellungen, Tumoren, Aneurysmen, Herz- und Pleuraerkrankungen und Skoliose. Bei Strumen scheint die Grösse keine Rolle zu spielen: sehr grosse können ohne Störungen zu machen bestehen, kleine zum Tode führen. Nach D.'s Erfahrung ist die häufigste Ursache in Aneurysmen zu finden. Der rechte Recurrens kann wegen seiner Lage zur rechten Lungenspitze bei gewissen krankhaften Zuständen derselben gedrückt werden. Bisweilen scheinen mehr als der einfache mechanische Druck schwere entzündliche Processe eine Rolle zu spielen.

Unter den Lähmungen in Folge Vergiftung werden erwähnt solche durch: Blei, Arsen, Antimon, Kupfer, Jodkali und vielleicht Cyanid, ferner Alkohol, Opium, Belladonna, Canabis indica, Cocain. Unter den Infectionskrankheiten: Typhus, acuter Rheumatismus etc. Man muss sich fragen, ob wirklich gegenüber gewissen Droguen eine relative Affinität des Recurrens besteht. Bringt das Mittel

Veränderungen im Gewebe der Nerven selbst zu Stande? Handelt es sich um eine Neuritis in Folge Druck eines benachbarten Theiles? Oder beruhen die Wirkungen auf centralen Ursachen, die durch das Gift bedingt sind?

Clarence C. Rice: Symptomatologie der Kehlkopflähmungen.

Es werden die Erscheinungen bei Lähmung einzelner Muskeln, bei Abductorlähmung und bei totaler Recurrensparalyse besprochen. Ausführlich werden die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Lähmung und Unbeweglichkeit eines Stimmbandes in Folge Gelenkankylose erörtert.

William E. Casselberry: Diagnose und Behandlung.

Es werden die typischen Bilder der Lähmung und die Abweichungen, die davon vorkommen, besprochen. Gelegentlich findet sich eine gleichzeitige Schwellung des Aryknorpels, durch die eine Cricoarytaenoidankylose mit Immobilisirung des Stimmbandes vorgetäuscht wird. Unter 40 Fällen des Referenten war der linke Recurrens 8mal, der rechte 6mal in Folge Bestehens eines Aneurysmas gelähmt. In solchen Fällen soll Ueberanstrengung der Stimme vermieden und Jod gegeben werden. Unter jenen 40 fanden sich 4 Fälle von Pleuritis, in allen handelte es sich um Tuberculose und in allen war das rechte Stimmband gelähmt. Tumoren betrafen 8 Fälle. In sehr seltenen Fällen ist Trägheit des Stimmbandes das erste Anzeichen maligner Erkrankung. Bulbäre Abductorlähmung war in 8 Fällen vorhanden. Die blosse Thatsache der Symmetrie bei persistirender Abductorlähmung ist bezeichnend für eine Bulbärerkrankung. Die schlaffen Stimmlippen klappen auf und ab, gehen aber nicht auseinander. Bei dem einseitigen Typus und auch in dem Stadium des intermittirenden Stridors müssen wir die Möglichkeit eines überwiegenden Spasmus des M. posticus anerkennen. Referent hat eine symmetrische Ankylose ohne erhebliche Schwellung beschrieben als „Arthritis deformans der Larynx". In diesen Fällen sollen wir angesichts auch nur des entferntesten Verdachts auf Syphilis Hg und Jod in kräftigen Dosen geben. In vier Fällen des Referenten war schliesslich die Tracheotomie nothwendig. Die Gruppe der corticalen Fälle umfasst 6 Fälle. In keinem dieser Fälle war ein typisches Bild von Lähmung vorhanden. In einem war das Stimmband fast unbeweglich in Cadaverstellung, in zwei bestand unvollkommene beiderseitige Parese, welche auf der Seite, auf der Arm und Bein gelähmt waren, stärker war; die anderen Fälle dieser Gruppe betrafen Gehirndegeneration in vorgerücktem Lebensalter, hier bildete die Parese der Stimmbänder nur theilweise die Ursache für die Schwierigkeiten beim Sprechen.

E. Fletcher Ingals: Die Diagnose der Aneurysmen mittels der Röntgenstrahlen macht ihm gewisse Schwierigkeiten. Man findet stets auf den Platten eine verdunkelte Zone gerade links vom Oesophagus, die wahrscheinlich auf die grossen Arterien zurückzuführen ist. In zwei Fällen hat er einen kleinen Tumor gerade auf der linken Seite deutlich gesehen. In dem einen Fall ergab jedoch die Autopsie kein Aneurysma.

G. Hudson Makuen (Philadelphia) verhält sich den Lähmungen aus corticaler Ursache gegenüber skeptisch; er erinnert sich keines authentischen Falles

derart. Unter über 2000 Patienten mit Sprachstörungen war nur eine Lähmung bulbären Ursprungs, und war dies ein Fall von einseitiger Abductorlähmung.

B. Alexander Randall beobachtet einen Mann mit completer Stimmbandlähmung in Folge eines Hirnrindentumors; der Tumor wurde mit Erfolg operativ entfernt, jedoch ist die Bewegung des Stimmbandes bisher nur wenig wiederhergestellt.

H. L. Swain hat drei Fälle mit inspiratorischer Dyspnoe in Folge Abductorlähmung gesehen, in allen jedoch wurde eine locale Erkrankung gefunden.

J. O. Roe berichtet über einen Fall von Kehlkopflähmung in Folge spindelförmiger Erweiterung des Aortenbogens. Er hat eine Anzahl von linksseitigen Lähmungen in Folge tuberculöser Lungenspitzenaffection gesehen.

C. P. Grayson hat einen Fall von doppelseitiger Abductorlähmung, den er, da andere Ursachen nicht auffindbar sind, zurückführt auf eine toxische Neuritis vielleicht in Folge früher überstandener Peritonsillitiden.

C. F. Theisen berichtet über einen Fall, in dem in Folge Druckes von Drüsenmassen auf den Vagus plötzlich Tod eintrat; es war die Diagnose auf Aneurysma gestellt worden.

Gleitsmann: Was die corticalen Lähmungen betrifft, so möchte er sagen, dass doppelseitige Adductorlähmung bei Hysterie etc. einen corticalen Typus darstellen. Heilung der Kehlkopflähmungen sei sehr selten, eine solche nach doppelseitiger Recurrenslähmung sei nur einmal berichtet. In diesem Fall sei die Lähmung verursacht gewesen durch grosse pericardiale Exsudate.

W. E. Casselberry legt den Röntgenstrahlen eine grosse Bedeutung als diagnostischem Hülfsmittel bei Erkennung der Aneurysmen bei. Intubation bei doppelseitiger Abductorlähmung hält er für gefährlich; der Patient kann, wenn die Tube ausgehustet wird, sterben, bevor sie wieder eingeführt ist. Wenn Heilungen berichtet werden, so betreffen sie immer nur Fälle von Ankylose.

John O. Roe: Methode zur Eröffnung der Highmorshöhle mit Demonstration eines neuen Instruments.

Was für eine Methode man auch wählen mag, der Erfolg hängt davon ab, dass eine breite Oeffnung gemacht wird, die Zugang zu allen Teilen der Höhle und freien Abfluss des Secrets sichert. Er operirt folgendermaassen: Nach Abtragung des unteren Theils der unteren Muschel wird eine Incision durch das Periost bis auf den Knochen von hinten nach vorn in ganzer Länge des Antrums gemacht, darauf wird vorn ein senkrechter Schnitt bis auf den Nasenboden gemacht. Es wird dann der Schleimhautperiostlappen abgelöst. Dann wird vorn in der nasalen Wand, möglichst dicht über dem Nasenboden, eine Oeffnung gemacht, die mit irgend welchen Instrumenten erweitert wird. Der Lappen wird dann über den Rest der Antrumwand hinübergelegt und dort durch Gazetamponade festgehalten. Redner demonstrirt ein neues Modell eines Antrumperforators.

Harmon Smith zeigt das Instrument, mit dem er von der Fossa canina aus operirt. Er hält die Erhaltung der Schleimhaut nicht für rathsam, da wir sie oft beim ersten Verbandwechsel völlig wieder ablösen.

W. E. Casselberry hält für das beste Instrument ein solches, das nach Einführung in das Antrum nach vorn zu schneidet.

J. Price Brown meint, das von Roe demonstrirte Instrument wäre gut für chronische Fälle, wenn aber die Communication zwischen Antrum und Nasenhöhle bei jungen Patienten hergestellt würde, so bestände eine gewisse Gefahr der Atrophie. Bei letzterer Klasse von Patienten sei der Weg von der Fossa canina aus vorzuziehen.

Emil Mayer ist im Allgemeinen ein warmer Anhänger des intranasalen Weges und perhorrescirt die Methode der buccalen Operation, bei der die Mundhöhle des Patienten mit Eiter überschwemmt werde. Er ist sehr befriedigt von der Anwendung des von Miles angegebenen Meissels und eines neuerlich von seinem Assistenten Yankauer angegebenen Instrumentes, das der von Casselberry aufgestellten Forderung entspricht.

J. H. Bryan hält die intranasale Methode für viele Fälle für unangebracht, da wir durch die so geschaffene Oeffnung nicht die ganze Höhlenschleimhaut curettiren können.

T. P. Berens: Wir müssen unterscheiden, ob das Antrum nur als Eiterreservoir dient oder Sitz der Erkrankung ist. Dieser Punkt sei vom Referenten nicht genug hervorgehoben worden.

Gleitsmann stimmt mit Bryan überein; es thäte uns eine gründlichere Kenntniss der Aetiologie und Diagnose dieser Erkrankungen noth.

L. A. Coffin macht erst eine radicale Stirnhöhlen- oder Siebbeinoperation und behandelt sekundär das Antrum, indem er von der Fossa canina operirt.

E. F. Ingals wendet sich gegen den übermässigen Operationseifer mancher Aerzte. Er meint, dass 80 pCt. aller Fälle von Antrumerkrankung und noch ein grösserer Procentsatz aller Stirnhöhlenfälle durch einen verhältnissmässig geringfügigen Eingriff von der Nase aus geheilt werden könnten. Man solle stets erst mit einem solchen auszukommen suchen und sich die Radicaloperation in Reserve behalten.

J. H. Bryan erwidert, dass es unmöglich sei, eine chronische Antrumeiterung ohne Radicaloperation zu heilen, da es ohne solche nicht gelingt, die Recessus zu inspiciren.

W. L. Ballenger (Chicago) meint, dass ein grosser Theil der Entzündungen, auch der chronischen der Zellen, die vorn im Infundibulum münden, ohne Radicaloperation geheilt werden könne. Wenn freier Abfluss und Ventilation der Höhle geschaffen sei, so trete Heilung selbst bei Granulationen und bei Mitergriffensein des Knochens ein. Bei 200 Fällen hat er nur in ca. 3 pCt. Radicaloperationen für nöthig befunden.

T. P. Berens: Ungefähr 80 pCt. aller Fälle heilen ohne Radicaloperation; der intranasalen Methode ist nur entgegenzuhalten, dass wir oft nicht sehen, was wir thun.

John O. Roe: Man soll sich gewöhnen, zuerst eine kleine Oeffnung in der nasalen Wand zu machen und mit einer Sonde zu fühlen, ob die Höhle mit gesunder Schleimhaut bekleidet oder von Granulationen ausgefüllt ist. Man soll nicht die Schleimhaut auskratzen, sondern ihr Zeit zur Heilung lassen.

T. Melville Hardie: Kehlkopfabscess nach Pneumonie.

Der Fall ist interessant wegen der ungewöhnlichen Aetiologie. Im oberen Theil des Larynx fand sich ausgedehntes Oedem; Nekrose war nicht nachweisbar.

R. L. Wagner hat in einem Falle von Pneumonie Schwellung in der Nase gesehen; beide Seiten des Septums boten das Bild des Erysipels.

Emil Mayer: Weitere Geschichte eines im Jahre 1906 berichteten Falles von Kehlkopfsclerom.

Es war ein Recidiv eingetreten; es wurde die Tracheotomie gemacht und die Geschwulst der Einwirkung der Röntgenstrahlen ausgesetzt. Eine sechswöchige derartige Behandlung hatte ein sehr gutes Resultat und Pat. verliess das Hospital geheilt. Die Heilung hat ein Jahr angehalten; es findet sich keine Spur von Recidiv.

Thomas J. Harris: 1. Subglottische Neubildung mit ungewöhnlichen Complicationen; Heilung durch Tracheotomie.

Der Fall betraf einen 11jährigen Knaben; die Neubildung war ein Papillom.

2. Branchiocephalcyste des Nasenrachens.

Charles P. Grayson: Einige chirurgische Vorkommnisse bei Lungentuberculose.

Redner tritt warm dafür ein, dass der Hausarzt sich möglichst frühzeitig mit dem Specialisten in Verbindung setzt, um für die im Laufe der Lungentuberculose auftretenden Kehlkopfaffectionen Sorge zu tragen.

Price-Brown betont den Werth der Ruhestellung.

Gleitsmann macht auf die Gefahren des Tuberculingebrauchs aufmerksam.

J. Payson-Clark: Weitere Betrachtung über Papillom bei Kindern.

Wenn wir einen neuen Fall zur Behandlung bekommen, sollen wir ihn ein paar Wochen beobachten und wenn wir sehen, dass kein Wachsthum eintritt, die Entfernung der Tumoren ohne Tracheotomie unter directer Inspection versuchen. Diese Neubildungen reagiren auf keine Behandlung, bis die Periode ihres activen Wachsthums vorüber ist; wie lange diese Periode anhalten wird, dafür haben wir keinen Anhalt. Bei allen unseren Eingriffen müssen wir uns hüten, die Schleimhaut zu verletzen, da dieses Trauma zur Entstehung neuer Geschwülste Anlass geben kann. Die Tracheotomie hat — abgesehen von der Gefahr der Bronchopneumonie — einen ungünstigen Einfluss auf das Wachsthum der Papillome.

A. Coolidge jr. theilt die Fälle in solche bei ganz kleinen Kindern und bei Kindern, die alt genug sind, dass man Instrumente zur Inspection und Behandlung einführen kann. Ist die Tube einmal eingeführt, so soll sie so lange am Platz bleiben, bis jede Spur von Geschwulst verschwunden ist. Häufige Laryngofissuren sind zu verwerfen.

D. B. Delavan macht auf die von Rodgus (New York) angegebenen Tuben aufmerksam.

Emil Mayer fragt, ob jemand Erfahrungen mit der localen Application von Alkohol hat.

H. L. Swain hat nach der Anwendung von Alkohol Erfolg gesehen.

E. F. Ingals hat weder bei Alkohol, noch Jod, noch Carbolsäure Erfolg gesehen; er räth dringend, in allen Fällen, wo Anzeichen von Dyspnoe bestehen, die Tracheotomie zu machen, bevor irgend welche Versuche zur Entfernung der Geschwülste gemacht werden.

F. E. Hopkins (Springfield) hat Papillome verschwinden sehen infolge des durch eine Intubationstube ausgeübten Drucks mit nachfolgender Ulceration eines Stimmbandes. Eine Hartgummitube kann vielleicht bessere Resultate haben.

J. P. Clark sagt, in keinem seiner Fälle sei die Dyspnoe so stark gewesen, dass die Tracheotomie nothwendig gewesen wäre.

Wesley Miles (Montreal): Die wesentlichen Punkte bei der Stimmbildung.

Redner giebt eine Anzahl von Regeln für den Redner und Sänger und bespricht die hauptsächlichsten Fehler, die beim Sprechen im täglichen Leben, sowie beim Vortrag uud Singen gemacht werden. Alle fehlerhaften Methoden führen zu einer venösen Stauung mit nachfolgender Schädigung der Stimmorgane.

G. Hudson Makuen: Die wesentlichen Punkte bei der Stimmbildung.

Redner bespricht den centralen und peripheren Mechanismus der Stimmbildung. Bei der Reception spielt neben dem Gehör auch der Gesichtssinn eine wichtige Rolle. Das hauptmotorische Centrum ist das Broca'sche; nach den modernen Theorien jedoch spielt es mehr eine censorische als motorische Rolle. Das motorische Centrum für das gesprochene Wort liegt in der Medulla. Die wesentlichen Bedingungen für normales Sprechen sind: normale Structur der Organe, Fehlen pathologischer Hindernisse, ferner vollkommene Coordination jedes Mechanismus für sich und vollkommene Coordination der Mechanismen unter sich.

Ueber die beiden Referate erhebt sich eine sehr ausgedehnte Discussion:

T. H. Halstead lenkt die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit einer Veränderung der Stimme bei Sängern nach Entfernung grosser Tonsillen.

Emil Mayer fragt, wie früh der Unterricht in der Stimmbildung beginnen kann.

E. F. Ingals spricht die Hoffnung aus, dass jede Universität einen Lehrer für Stimmbildung halten wird.

J. W. Farlow sagt, eine Schwierigkeit beim Unterricht im Stimmgebrauch bestehe darin, dass die Patienten den Klang ihrer Stimme nicht so hören, wie er anderen erscheine. Es werde dies gut durch die Anwendung des Phonographen illustrirt. Er legt grossen Werth auf das sorgfältige Ueberwachen des Stimmgebrauchs bei Kindern.

John M. Ingersoll: Morphologie der Muscheln.

Redner giebt eine Beschreibung der Morphologie der Muscheln bei Fischen, Reptilien, Panthern, Affen und Menschen; er demonstrirt dazu ausgezeichnete Zeichnungen.

Bryson Delavan macht darauf aufmerksam, dass wir bei Septumoperationen oft an einen etwas ovalen Raum kommen, der wohl Ueberreste des Jakobson'schen Organs resp. seines Ausführungsganges darstellen könnte.

W. E. Casselberry hat diesen Befund niemals gemacht.

Walter F. Chappell: Eine seltene hypertrophische Form der Syphilis des Rachens und der Epiglottis.

Beide Gaumenbögen waren stark hyperplasirt. Sehr hypertrophisches Gewebe nahm die Stelle der Tonsillen ein, die Uvula war stark verdickt und das hypertrophische Gewebe füllte fast den ganzen Rachen aus. Besserung nach specifischer Behandlung.

D. Braden Kyle: Membranöse tertiär-syphilitische Veränderungen im Pharynx, Tonsillen, Mundhöhle und weichen Gaumen.

Bericht über drei Fälle. K. bespricht die Differentialdiagnose gegenüber der Vincent'schen Angina und die Bedeutung der Diagnose ex juvantibus.

Henry L. Swain: Epiglottiscysten mit Oedem und Abscess.

Diese Fälle sind ihrem Ursprung nach dunkel. S. berichtet über drei Fälle mit „idiopathischem entzündlichen Oedem“.

Emil Mayer erwähnt einen Fall von Epiglottitis, die Athemnoth verursachte und fast die Tracheotomie nöthig gemacht hätte; sie ging schliesslich unter heissen Inhalationen und Adrenalinapplicationen zurück.

Nachträglich konnte festgestellt werden, dass fast die Hälfte der Epiglottis fehlte. Es handelte sich um eine acute Entzündung in dem nach syphilitischer Zerstörung übrig gebliebenen Rest der Epiglottis.

E. Fletcher Ingals hat kürzlich eine Cyste der Epiglottis durch Aspiration und Injection von Jod und Carbolsäure geheilt.

J. M. Ingersoll behandelte zwei Epiglottiscysten durch einfaches Abkappen der Spitze; es trat kein Recidiv ein.

William K. Simpson: Kehlkopfstenose beim Erwachsenen, erfolgreich mit Intubation behandelt; Tragen der Tube zwei Jahre hindurch.

Joseph L. Goodale: Die Behandlung inoperabler Tonsillarhypertrophie mittels interstitieller Injectionen von Silbernitrat.

Die Injectionen werden mit 4—8proc. Lösung alle 5—8 Tage gemacht und haben guten Erfolg.

James E. Newcomb: Blutung nach Peritonsillitis; Ligatur der A. carotis communis; Heilung; Studie über 51 Fälle von Blutung nach Halseiterungen.

Von den 51. Fällen, die N. zusammengetragen hat, betrafen 41 Peritonsillitiden, und zwar erfolgte die Blutung 11 mal sofort nach spontanem Durchbruch — von diesen gingen 7 tödtlich aus —; 15 mal war die Blutung nach spontanem Durchbruch eine secundäre — von diesen waren 8 tödtlich; unmittelbare Blutung

nach Incision 7mal, davon 4 mit fatalem Ausgang; secundäre Blutung nach Incision 8mal, davon 4 tödtlich. Nach 5 Fällen von Retropharyngealabscess traten Blutungen auf, von denen 2 tödtlich verliefen. 3 Fälle erfolgten bei Scharlacheiterung und 2 bei gangränöser Tonsillitis. Die beiden letzteren verliefen tödtlich. In Summa: 51 Blutungen mit 54,8 pCt. tödtlichem Ausgang. Die angewandten Operationen waren: Unterbindung der Carotis communis 16mal mit 11 Heilungen, Unterbindung der Carotis externa und interna 1mal mit Heilung, Unterbindung aller drei Gefässe 1mal mit Heilung.

In den Fällen von Peritonsillitis mag die plötzliche Druckverminderung, wenn die Ruptur des Abscesses an der Arterienwand eintritt, zum Zerreissen der letzteren führen. Die Autopsie zeigte bei diesen Fällen, dass oft die Carotis interna betroffen ist; Unterbindung der Carotis externa genügt daher nicht.

W. E. Casselberry meint, man solle die Gefahren einer Unterbindung der Carotis communis nicht unterschätzen. Man erhalte eine Lähmung der entgegengesetzen Seite.

W. L. Ballenger: Wenn man Verletzungen der Musculatur der Gaumenbögen und der Tonsillargrube vermeidet, so treten keine schweren Blutungen auf. Bei Oeffnung des Peritonsillarabscesses muss man den vorderen Gaumenbogen abheben.

J. O. Roe findet die Anwendung gebogener Scheeren besser, als die von Messern.

Der nächste Congress findet in Boston statt. Zum Präsidenten wurde gewählt A. Coolidge (Boston), zum ersten Vicepräsidenten Emil Mayer (New York).

Emil Mayer.

---

b) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. Januar 1909.

Halle zeigt einen 53jährigen Patienten mit Larynxcarcinom, das erst vor 4 Wochen Heiserkeit verursacht hat und einen höckerigen Tumor der linken Seite darstellt. Diese ist unbeweglich, Aryknorpel, aryepiglottische Falte, Lig. glossoepiglott. infiltrirt, Taschenband ödematös, Stimmband geschwollen.

Peyser und Landsberger: Indicationen sowie neuere Methoden und Ergebnisse der kieferorthopädischen Behandlung bei Mundathmung.

Gar nicht so selten sind Kinder nach der Adenotomie nicht im Stande, durch die Nase zu athmen, selbst wenn alle anderen erforderlichen Maassregeln durchgeführt werden. Das hat dann seinen Grund in einer Leptorhinie, die durch kieferorthopädische Behandlung beseitigt werden muss. Diese ist in 6 Fällen von L. mit vollem Erfolge durchgeführt worden; es bestanden vor der Behandlung Mundathmung, Luftröhrenkatarrh, häufiger Schnupfen und Kopfschmerzen, selbst nachdem die Adenotomie resp. Fensterresection, Spinaabtragung vorgenommen und Schnarchbinde, Arsen, Eisen u. s. w. angewandt worden war. Recidive von Rachenmandeln traten nach der Behandlung nicht auf. Der vorher schmale und

spitze Gaumen wurde verbreitert und abgeflacht. Diese Therapie kann bei Kindern von 6 Jahren und darunter beginnen und ist noch bei 17jährigen mit Erfolg durchgeführt worden.

Die Methoden der Kieferdehnung beruhen entweder auf der elastisch wirkenden Kraft der Feder oder auf einer Schraubenwirkung; jene wirkt continuirlich, aber die Kraft erschlafft bald, diese wirkt intensiver, aber nicht continuirlich. L. hat nun einen Apparat construirt, bei dem beide Principien vereinigt sind und der direct auf die Seitenwände des Gaumens drückt und eine unmittelbare Wirkung auf das ganze Gaumengewölbe ausübt. Seine erste Wirkung ist schon nach 6 Wochen sichtbar, indem die mittleren Schneidezähne auseinandergehen. Durch Dehnung wird ein Breitenwachsthum des Kiefers von der Gaumennaht aus erzielt, wovon die Weitung des Nasenbodens die Folge ist.

Sitzung vom 19. Februar 1909.

Finder zeigt einen ungewöhnlichen Fall von Pachydermia laryngis, bei dem die Stimmbänder und zum Theil die hypoglottische Schleimhaut mit weissen abschilfernden Belägen versehen waren, die ziemlich fest aufsassen und aus verdickten, oberflächlich verhornten Epithelmassen bestanden.

Landgraf hat einen ähnlichen Fall gesehen, der mit Leukoplakie der Zunge und Verdickung der Mundschleimhaut complicirt war.

Davidsohn demonstrirt einen Fall von ausgedehntem Schleimhautlupus. Ursprünglich war nur der Rachen befallen; unter Röntgenbehandlung heilte die Affection. Jetzt zeigt sich eine Ulceration neben der Uvula, die Epiglottis, die Plicae pharyngoepiglott. und aryepiglott., Taschen- und Stimmbänder, wie Aryknorpel und die Basis linguae sind ebenfalls von dem Process ergriffen.

Kuttner zeigt einen Fall von linksseitiger Recurrenslähmung mit den typischen Erscheinungen. Das rechte Stimmband aber zeigt eine ganz geringe Abductionsbeschränkung, sein M. lateralis und transversus arbeiten vielleicht etwas träger; der internus ist aber schwer geschädigt, der freie Rand des rechten Stimmbandes ist dünn und ausgeschweift. Es war also bei einer rechtsseitigen Recurrenslähmung der Internus vollkommen gelähmt bei nur minimaler Beeinträchtigung der Abductorfunction.

Grabower kann keine Verringerung der abductorischen Bewegung im Vergleich zu der des Posticus finden.

Barth hält die Bewegungen des rechten Stimmbandes für ausreichend.

Bruck demonstirt einen Fall von Pharyngomykosis leptothricia, bei dem die Zapfen sich bis auf den Kehlkopfeingang herunter erstrecken. Die Mutter und eine Schwester der Patientin litten resp. leiden an derselben Krankheit.

Landgraf hat zwei Schwestern an Pharyngomykosis behandelt; es scheint demnach eine familiäre Disposition vorzuliegen.

Heymann hat drei Schwestern mit dieser Affection gesehen; die Therapie ist meist erfolglos.

B. Fränkel: Das gehäufte Vorkommen in einer Familie könnte dafür sprechen, dass ein Mikroorganismus eine ätiologische Rolle spielt.

Reichert hat in einem Falle Erfolg von Pinselungen mit Chlorzinklösungen abwechselnd mit Höllensteinlösungen gesehen.

Finder erzielte einige Male Heilung durch Abtragung der Tonsille resp. Morcellement.

Rosenberg steht quoad therapiam auf einem nihilistischen Standpunkte, dagegen kommen Spontanheilungen nicht so selten vor. Einmal hat er die Erkrankung mit der Gravidität auftreten und mit ihrer Beendigung schwinden sehen.

Heymann sah auch Spontanheilungen.

Loewenberg empfiehlt das Tabakrauchen.

Sturmann berichtet über einen Fall von Larynxtuberculose mit schwerer Dysphagie, der unter Alkoholinjectionen in den N. laryng. sup. schwand. Der ganze Kehlkopfeingang, der tuberculös infiltrirt ist, ist nach drei Injectionen (24. XI., 12. XII. und 19. I.) drei Monate lang unempfindlich geblieben.

Kuttner hat Novocain-Adrenalininjectionen in den Nerven mit nur schnell vorübergehendem Erfolge gemacht, der noch bei Anwendung stärkerer Lösungen beeinträchtigt wird dadurch, dass die Patienten sich verschlucken.

Sturmann: Die Alkoholeinspritzungen sind ungiftig und wirken auf längere Zeit als Cocaininjectionen. A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

XVI. Internationaler Medicinischer Congress.

Budapest, 29. August bis 4. September 1909.

Vorläufiges Programm der Section XV: Rhinologie und Laryngologie.

Bureau:

Präsident: E. v. Navratil, IV, Váczi-utcza, 40, Budapest.
Vicepräsidenten: E. Baumgarten, A. v. Irsai, A. Onodi.
Hauptsecretär: Z. Donogány, VIII, József-körút, 37/39, Budapest.
Mitglieder: B. v. Gámán (Kolozsvár), Ch. Morelli, J. Némai, L. Polyák, H. Zwillinger.
Secretäre: H. Halász (Miskolcz), M. Klár, C. Láng, Z. v. Lénárt, A. Lipscher, D. v. Navratil, E. Pollacsek, E. v. Tovölgyi.

Berichte:

Barlatier (Romance): Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.
Baurowitz (Krakau): Zur Bekämpfung der Ausbreitung des Skleroms.
Boumann (Amsterdam) und Zwaardemaker (Utrecht): Experimentelle Phonetik vom medicinischen Standpunkt.
Bresgen (Wiesbaden): Heufieber, nervöses Asthma und Verschwellung der Nasenschleimhaut.
Broeckaert (Gand): Etat actuel de la question des paralysies récurrentielles (Paralysies d'origine cérébrale et bulbaire).
Castex (Paris): Traitement opératoire des tumeurs malignes du pharynx.
Chiari (Wien): Die Therapie des Carcinoma laryngis.
Citelli (Catania): Vegetazioni adenoidi.
Gluck (Berlin): Die Diagnose und Behandlung des Larynxcarcinoms.



Grossmann (Wien): Ueber das nasale Asthma.
Hajek (Wien): Die Behandlung der Empyeme der Nasennebenhöhlen.
Katzenstein (Berlin): Ueber Phonationscentren.
Killian und von Eicken (Freiburg i. Br.): Die Leistungen der directen Untersuchungsmethoden.
Kubo (Fukuoka): Traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.
Massei (Napoli): La sifilide ed i tumori maligni della gola.
Moure (Bordeaux): Traitement opératoire des tumeurs malignes des fosses nasales.
Onodi (Budapest): Ueber die intracraniellen und cerebralen Complicationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen.
Sargnon (Lyon): Le traitement chirurgical des sténoses laryngo-trachéales.
Schmiegelow (Kopenhagen): Primary malignant disease of the trachea treated by resection of the trachea.
v. Schrötter (Wien): Therapie des Skleroms der oberen Luftwege.
Semon (London): A contribution towards the diagnosis of laryngeol cancer.
Uchermann (Christiania): Die chirurgische Behandlung der laryngo-trachealen Stenosen.
Zwaardemaker (Utrecht), vide Boumann (Amsterdam).

Mittheilungen:

Baumgarten (Budapest): Ueber die Frühformen der Ozaena. — Biehl (Wien): Rhinogene Meningitis. — Bleyer (New York): Deep seated diseases of laryngeal and bronchial nature treated by means of sprays and injections with oily preparations. The method of procedure its simple apparatus and medicaments. — Botey (Barcelone): 1° Les injections de paraffine dans l'ozène. Sont-elles aujourd'hui le meilleur traitement de cette affection? 2° Opération radicale du sinus frontal. — Bourack (Charkoff): 1° Les complications après adéno-et tonsillotomies; 2° Contribution à l'étude des réflexes nasaux; 3° Contribution à la question des injections prothétiques de paraffine. Considérations théoriques et pratiques: 130 cas de correction d'ensellures du nez; 4° Polype adénoïdien de tonsille palatine. — Bresgen (Wiesbaden): Die Elektrolyse mit langen einfachen und mit einpoligen langen Doppel-Nadeln zur Behandlung von Verschwellung des Naseninnern, zum Theil auch als vollwerthiger Ersatz des elektrischen Brenners. — Clerc (Milan): Sulle varietà istopatologiche dei tumori benigni laringei. — Costiniu (Bucarest): 1° Diagnotic de la syphilis tertiaire du nez; 2° Lupus primitif du pharynx et du larynx. — David (Paris): Sur les divers traitements des rhinopharyngites chroniques. — Della-Vedova (Milan): 1° Contributi alla patologia delle stenosi croniche laringee; 2° Osservazioni sullo sviluppo delle cavità nasali nell'uomo. — Escat (Toulouse): 1° Indications de la voie naturelle ou de la voie transfaciale pour l'exstirpation des fibromes naso-pharyngiens; 2° Résultats du traitement des sinusites maxillaires chroniques par la simple trépanation large du méat inférieur sans curettage. — Fein (Wien): Die einfache Fensterresection bei Nasenscheidewandverbiegung. — Flatau (Berlin): Bedeutung und Grenzen der phonetischen Therapie. — Freudenthal (New York): Brain abscess of nasal origin. — Goris (Bruxelles): Prosopodischisis. Méthode pour ouvrir tous les sinus de la face en une séance. — Guisez (Paris): Faits de trachéo-broncho-oesophagoscopie. Quinze corps étrangers bronchiques et trente oesophagiens opérés et guéris sans endoscopie. Rétrécissements cicatriciels infranchissables de l'oesophage ramenés à un calibre normal par l'oesophagoscopie. — Gutzmann (Berlin): Ueber die Stimme und Sprache der Taubstummen. — Hajek (Wien) und Polyák (Budapest): Präparat eines Falles von Myxom der Nasenhöhle und der Schädelbasis. — Halász (Miskolcz). Beitrag zu den durch Sinus sphenoidalis-Tumoren hervorgerufenen Augensymptomen. — Henkes (Middelburg): Weitere Mittheilungen über die Entwickelung des Cavum naso-pharyngeum. — Heryng (Warschau): Vorschläge zur Verständigung in der Aufstellung einheitlicher Normen für Larynx- und Naseninstrumente und elektrische Apparate. — Hudson-Makuen (Philadelphia):

Paresis of the soft palate and other organs of speech. — Ingals (Chicago): Intranasal drainage of the frontal sinus. — Irsai (Budapest): Ueber die Verbreitung des Skleroms in Ungarn. — Koenig (Paris): Nouveau spéculum permettant l'évaporation instantanée du chlorure d'éthyle. — Koschier (Wien): Die operative Behandlung des Larynxcarcinoms. — Ino-Kubo (Japan): Ueber die wahre Ursprungsstelle und die Radicaloperation der solitären Choanenpolypen. — Kuttner (Berlin): Thema vorbehalten. — Kyle (Philadelphia): The Chemistry of the Salivary Secretions (Ptyalose-Etiology) in relation to Diseases of the Nose and Throat. — Laurens (Paris): De la turbinotomie. Indications et résultats. — Luc (Paris): Complications craniennes et intracraniennes des suppurations du sinus frontal. — Mader (München): Die Technik der Röntgenbehandlung der oberen Luftwege. — Mahu (Paris): Cure radicale de la sinusité maxillaire chronique par la voie nasale. — Mayer (New York): Stenosis of the larynx cured by intubation. — Morelli (Budapest): 1° Fistula colli congenita bilateralis totalis; 2° Radicaloperation der malignen Tumoren der Nase. — Moure (Bordeaux): Sur quelques cas de lésions laryngées peu communes. — Neubauer (Budapest): Die Kehlkopfspiegelung bei Kindern. — Pollacsek (Budapest): Sujet réservé. — Polyák (Budapest): 1° Ueber Principien der intranasalen Chirurgie; 2° vide Hajek. — Raoult (Paris): 1° Des angines ulcéreuses aiguës; 2° Classification des infections amygdaliennes. — Réthi (Wien): Die Innervation des weichen Gaumens. — Schiffers (Liége): Les tumeurs de l'amygdale. — Sedziak (Varsovie): 1. Die Frage der Radicalbehandlung der Larynxtuberculose in den letzten 50 Jahren; 2. Ueber Recurrenslähmungen. — Seifert (Würzburg): Die trophischen Kehlkopflähmungen. — Steiner (Budapest): Entwickelung der Lehre von der Ozaena. — Taptas (Constantinopel): De la narcose brométhylique dans les opérations des végétations adénoïdes. — Thost (Hamburg): Die mechanische Behandlung der Larynxstenosen. — Tóvölgyi (Budapest): 1. Die Therapie der Sängerkehlköpfe; 2. Ueber eine neue Operationsmethode bei spina und crista septi und Nasenmuschel-Hypertrophien. — Vohsen (Frankfurt a. M.): Thema vorbehalten. — Watson (Bristol): Models of Osteoplastic method of operation on the frontal sinus. — Zarniko (Hamburg): 1. Correctur von Septumanomalien; 2. Nachbehandlung der Nasenwunden. — Zwillinger (Budapest): Ueber Hyperkeratose des Kehlkopfes und ihre klinische Bedeutung.

Preliminary Programme of the 31st Annual Congress of the American Laryngological Association.

May 31st to June 2nd at Boston, Mass.

Monday, Mai 31st., 10 A. M. Opening of the Congress: President's Address: Papers and Discussions: Executive Session: Adjournments.

Luncheon by the Boston Fellows to the members and their ladies, at the Harvard Medical School.

3 P. M. — Discussion on the Surgery of the Oesophagus with papers by Dr. H. P. Mosher, Dr. C. Jackson and Dr. S. J. Mixter (by invitation) to be followed by general discussion.

In the evening a social entertainment will be provided by the President. Particulars will be announced later.

Tuesday June 1st., 10 A. M. — Executive Session: Papers and Discussion: Adjournment at 1 P. M.

Combined lunch by the Boston members of the Laryngological and Otological Associations, at the Medical School.

Tuesday afternoon will be devoted to a short Session if the requirements of the programme demand or will be devoted to social diversion.

7 P. M. — Annual Dinner of the Association at the University Club. 270 Beacon Street.

Wednesday, June 2nd., 10 A. M. — Closing Session: Joint meeting with the American Otological Association. The following subject will be discussed „Nasal

and Pharyngeal Conditions as factors in the Causation of Aural Disease". Papers will be read by representatives of both organizations. The Laryngological Association will be represented by Dr. C. G. Coakley and Dr. D. Braden Kyle. The scientific session will be followed by conclusion of executive business, election and installation of officers and adjournment.

The Council makes the following nominations:

For Honorary Fellows, (Tranferred from Corresponding Fellowship)

Prof. Dr. B. Fraenkel, Berlin, Germany.

Sir Felix Semon, London, England,

For Active Fellows,

Dr. Albert C. Getchell, Worcester, Mass., proposed by Drs. Goodale and Clark. Thesis, „Naso-Pharyngeal Fibromata".

Dr. Burt R. Shurly, Detroit, Mich., proposed by Drs. Barnhill and de Roaldes. Thesis, „An Investigation of Post-Operative Conditions, five to ten years after Intubation".

Dr. Greenfield Sluder, St. Louis, Mo., proposed by Drs. Leland and Delavan. Thesis, „The Anatomical and Clinical Relations of the Sphenopalatine (or Meckel's) Ganglion to the Nose and its Accessory Sinuses".

The official programme will be issued about May 15th.

James E. Newcomb, Secretary.

Preliminary Programme of the American Laryngological, Rhinological and Otological Society.

Atlantic City, New Jersey. June 2d—5th 1909.

Oration — The Treatment of Laryngeal Cancer.
Prof. Ottokar Chiari, Vienna, Austria.

Papers.

1. Infection and Complications that may follow operations upon the Naso-Pharynx and accessory sinuses and how best to guard against them. Dr. Wm. L. Ballenger, Chicago, Ill.
2. The present status of adenoid and tonsil eperation. Various methods, with complete exhibition of instruments used from the earliest to the present time. Dr. Geo. L. Richards, Fall River, Mass.
3. The pathology and treatment of recurrent Quinsy. Dr. Robert C. Myles New York, N. Y.
4. Experiment upon Guinea Pigs, Rabbits and Dogs, to ascertain the effect of nasal obstruction upon the respiratory tract as well as upon the general system. Dr. Willis S. Anderson, Detroit, Mich.
5. Lantern demonstration of horizontal sections of fifteen heads, reconstruction and drawings showing the relation of the optic nerve to the nasal sinuses. Dr. H. W. Loeb, St. Louis, Mo.
6. Incision for submucous resection. (Candidate's Thesis.) Dr. Sieney Yankauer, New York. N. Y.
7. The Physiology of the Nose and Sinuses, with special reference to the functions und importance of the turbinated bodies. Dr. Henry J. Hartz, Detroit. Mich.
8. Intra-nasal Frontal Sinuses Operation: the accessibility of the sinus and the prognosis of the operation. (Candidate's Thesis.) Dr. Thomas Chew Worthington, Baltimore, Md.
9. The lymphatics of the neck and their relation to diseases of the mouth, nose and throat. Illustrated. Dr. Geo. Fetterolf, Philadelphia, Pa.
10. Lipoma of the Larynx. Dr. Max A. Goldstein, St. Louis, Mo.
11. Thyroidectomy. Dr. George F. Cott, Buffalo, N. Y.

12. (a) Lanryngeal Paralysis as an early indication of systemic disease. Dr. George T. Ross, Montreal, Canada.
    (b) Nasal Myo-sarcoma in a child of two years. Dr. George T. Ross, Montreal, Canada.
13. Acute Infection of the Larynx, diagnosis and treatment. Dr. F. E. Hopkins, Springfield, Mass.
14. The early diagnosis of malignant disease of the Larynx — Pathologie — Prognosis and Treatment. Dr. W. F. Chappell, New York, N. Y.
15. Laryngostomy. Dr. Chevalier Jackson, Pittsburg, Pa.
16. Diagnosis of diseases of the internal ear with special reference to rarification of the labirinthine capsule. Illustrated. Dr. Norval H. Pierce, Chicago, Ill.
17. The phenomena of vestibular irritation in acute labirinthine disease, with special reference to the studies of Dr. Barany, of Vienna. Dr. P. D. Kerrison, New York, N. Y.
18. Local anaesthesia in the Mastoid Operation. Dr. Ewing W. Day, Pittsburg, Pa.
19. X-Ray examination of the Mastoid Region. (Candidate's Thesis.) Dr. Samuel Iglauer, Cincinnati, Ohio.
20. Intestinal auto-Intoxication as a factor in the causation of pathology condition of the Ear, Nose and Throat. Dr. J. A. Stucky, Lexington, Ky.
21. The abuse tobacco, alcohol, coffee and other stimulants and narcotics and their influence upon the ear and upper Air Passages. Dr. Henry O. Reik, Baltimore, Md.
22. The Physiology and hearing. Prof. E. W. Scripture, New York, N. T. (By invitation.)
23. The Report of a probable case of Sarcoma of the Sphenoid. Dr. Dunbar Roy, Atlanta, Ga.

British Medical Association.

Seventy-Seventh Annual Meeting, Belfast.

July 27th, 28th, 29th, and 30th, 1909.

Section of Laryngology, Otology, and Rhinology.

President . . . St. Clair Thomson, M. D., F. R. C. P., London.
Vice-Presidents . Ernest Blechynden Waggett, M.B., London.
Henry Smurthwaite, M.D., Newcastle-on-Tyne.
J. A. Knowles Renshaw, M.D., Manchester.

Foreign and Colonial visitors well be cordially welcomed in the Section, and those who may desire to attend are requested to send in their names as soon as possible to the Honorary Secretaries, together with the titles of any papers they may wish to read.

The Section will meet en Wednesday, Thursday and Friday, July 28th, 28th and 30th, at 10 a. m., adjourning at 1 p.m. each day.

The following subjects have been selected for special discussion: —

Wednesday, July 28th.

Discussion: „The Treatment of Tinnitus Aurium.“ (1) Dr. Thomas Barr (Glas- (2) Mr. Richard Lake (London).

Thursday, July 29th.

Discussion: „Latent Infections of the Diphtheria Bacillus, including the Administrative Measures required for dealing with Contacts“ (in association with the Section of Industrial Diseases and Public Health).
(1) Dr. Robert M. Buchanan (Glasgow); (2) Dr. Duncan Forbes (Brighton); (3) Dr. Watson Williams (Bristol).

Friday, July 30th.

Discussion: „The Treatment of Cicatricial Stenoses of the Larynx and Trachea“.
(1) Dr. Lambert Lack (London); (2) Dr. Delsaux (Bruxelles);
(3) Dr. Bryson Delavan (New York).

It is proposed this year to arrange a special exhibition of Skiagraphy in relation to diseases of the upper air and food passages.

Harold Shuttleworth Barwell, M.B., F.R.C.S.,
55, Wimpole Street, London.
John Stroddard Barr, M.B.,
13, Woodside Place, Glasgow.
Henry Hanna, M.B., B.S.c.
57, University Road, Belfast.
} Hon. Secs.

In order to save time and correspondence, all communications relating to the exhibition of preparations, instruments &c, may be addressed to Dr. Henry Hanna, 57, University Road, Belfast, and all offers relating to papers and discussions to Mr. Harold Barwell, 55, Wimpole Street, London W., and marked „Section of Laryngology, Otology and Laryngology“.

Vor-Einladung zur Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen.

Sehr geehrter Herr College!

Am zweiten Pfingstfeiertage, den 31. Mai, findet in

Freiburg i. Breisgau

die XVI. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen statt.

Der Vorstand des Vereins beehrt sich dazu ergebenst einzuladen. Das definitive Programm wird Anfangs Mai verschickt werden.

Die Unterzeichneten bitten Sie höflich, etwa beabsichtigte, bisher nicht publicirte Vorträge oder Demonstrationen bis zum 15. April beim Schriftführer anzumelden.

An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Mit collegialem Gruss ergebenst

Denker (Erlangen),
Vorsitzender.

Felix Blumenfeld (Wiesbaden),
Taunusstrasse 4,
Schriftführer.

Bis jetzt haben Vorträge angekündigt:

Herr Avellis (Frankfurt a. M.):
Ein neues Verfahren zur Beseitigung der Schluckschmerzen bei schwerer Kehlkopftuberculose.

Herr Hinsberg (Breslau):
Zur chirurgischen Behandlung der Perichondritis am Ring- und Schildknorpel.

Herr Edmund Meyer (Berlin):
Thema vorbehalten.

Herr Killian (Freiburg i. Br.):
Thema vorbehalten.

Herr Schönemann (Bern):
Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie: a) der Ozaena, b) der Angina.

Herr Siebenmann (Basel):
Erfahrungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberculose (mit mikroskopischen Demonstrationen).

Herr Rudolf Hoffmann (München):
Ueber Alkoholinjectionen des Nervus laryngeus superior.

Herr Winckler (Bremen):
Ueber einige seltene Entstehungsursachen der Kieferhöhleneiterung.

Herr Katz (Kaiserslautern):
Sarkom der Nasenscheidewand (Demonstration).

Herr Brünings und Albrecht:
Ueber therapeutische Versuche bei experimentell erzeugter Kehlkopftuberculose nebst Bemerzungen über eine verbesserte Methode der Röntgenbehandlung des menschlichen Kehlkopfes.

Herr Brünings:
a) Ueber eine neue Art der directen Laryngoskopie und der directen Kehlkopfoperationen (mit Demonstrationen);
b) Endoskopische und radiologische Untersuchungen zur Topographie der Luftröhre und des Bronchialbaumes, sowie deren klinische Verwerthung (mit Demonstrationen).

Herr Blumenfeld (Wiesbaden):
Kehlkopfbefund bei Paralysis agitans.

Zur Frage der Zukunft der Laryngologie an den deutschen Hochschulen.

Wir entnehmen den Tageszeitungen eine Nachricht, die nicht verfehlen wird bei allen, denen die Wahrung der Selbstständigkeit der Laryngologie am Herzen liegt, die lebhafteste Genugthuung hervorzurufen. Bei der Berathung des Etats des Kultusministeriums in der Budgetcommission des Preussischen Abgeordnetenhauses ist auch die Frage der Zusammenlegung von Otologie und Laryngologie zu einem Lehrfach zur Sprache gekommen. „Voraussichtlich — heisst es nun in dem Bericht — wird es in Berlin dabei bleiben, dass ein besonderer Professor für Ohren- und einer für Halskrankheiten angestellt wird, während bei kleineren Universitäten beide Fächer in eine Hand gelegt werden können.“

Berichtigung.

In dem April-Heft S. 182 muss es heissen anstatt van Eyken: von Eiken.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Photo by Histed London W. Meisenbach Riffarth & Co. Berlin.

Felix Semon.

Die Verlagsbuchhandlung **August Hirschwald** *erlaubt sich für die Leser dieses vielverbreiteten Journals das Portrait des Begründers desselben, des*

Herrn Professor

Dr. Sir Felix Semon

in dankbarer Erinnerung an seine so erspriessliche 25jährige Redactions-Thätigkeit diesem letzten von ihm redigirten Jahrgange beizufügen.



Photo by Histed London W. — Meisenbach Riffarth & Co. Berlin

Felix Semon.

Die Verlagsbuchhandlung **August Hirschwald** *erlaubt sich für die Leser dieses vielverbreiteten Journals das Portrait des Begründers desselben, des*

Herrn Professor
Dr. **Sir Felix Semon**

in dankbarer Erinnerung an seine so erspriessliche 25 jährige Redactions-Thätigkeit diesem letzten von ihm redigirten Jahrgange beizufügen.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Juni. 1909. No. 6.

Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Laryngologie.

Ein Gedenkblatt zum 25jährigen Bestehen des Internationalen Centralblatts für Laryngologie und ein Abschiedswort des bisherigen Herausgebers.

Mit der gegenwärtigen Nummer beschliesst das „Internationale Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften" das erste Vierteljahrhundert seiner Existenz. Seine erste Nummer erschien am 1. Juli 1884, und obwohl am Ende des elften Jahrgangs der Beginn des zwölften Bandes aus Zweckmässigkeitsgründen auf den Anfang des Kalenderjahres 1896 verschoben wurde, so dass der Jubiläumsband des Blattes erst mit der Decembernummer dieses Jahres endigt, so ändert das nichts an der Thatsache, dass am 30. dieses Monats das Centralblatt 25 Jahre lang bestanden haben wird.

Fünfundzwanzig Jahre sind eine lange Zeit im Leben eines Blattes und von erheblicher Bedeutung für die Entwickelung einer jungen Wissenschaft. So scheint es denn am heutigen Tage gerechtfertigt, einen Rückblick auf die wissenschaftliche und socialpolitische Entwickelung der Rhinolaryngologie während der Periode von 1884—1909 zu werfen, die Bestrebungen des Centralblatts während dieser Zeit Revue passiren zu lassen, und die Fragen, die gegenwärtig im Vordergrunde unseres Interesses stehen, kurz zu erörtern. Diesem Zwecke, sowie einem Abschiedsworte des bisherigen Herausgebers sind die folgenden Ausführungen gewidmet.

I. Die wissenschaftliche Entwickelung der Rhinolaryngologie während der Periode von 1884—1909.

Als das Centralblatt im Jahre 1884 seine Thätigkeit begann, hatte unsere Specialität die Kinderschuhe ausgetreten. Die anfängliche Sturm- und Drangperiode, während deren — sehr natürlicherweise — diagnostische und therapeutische Bestrebungen ein ganz vorwiegend localistisches Gepräge getragen hatten, war überwunden, allerdings nicht ohne in der Meinung des ärztlichen Publikums vielfach Geringschätzung unserer Thätigkeit hinterlassen zu haben. Die Specialisten selbst hatten begonnen einzusehen, dass, wenn sie auf bessere Würdigung Anspruch erheben wollten, fast ausschliessliche klinische Arbeit und Localtherapie nicht ausreichten. So vertieften sie sich in anatomische, physiologische, bakteriologische Fragen, die unser Specialgebiet betreffen, erweiterten ihre chirurgische Thätigkeit und begannen besonders, die sogenannten „Grenzgebiete" zu cultiviren, in denen sich die Laryngorhinologie mit anderen Zweigen der Medicin begegnet.

Diese wissenschaftliche Vertiefung, die durch die Einführung zahlreicher wichtiger Untersuchungs- und Operationsmethoden wesentlich gefördert wurde, kam naturgemäss nicht allen Kapiteln unseres Gebietes gleichmässig zu gute. Es ist im Gegentheil merkwürdig und belehrend, bei der Vergleichung eines vor 25 Jahren geschriebenen mit einem heutigen Lehrbuch zu sehen, wie einzelne Abschnitte unseres Wissens und Könnens sich von Grund aus verändert haben, während andere mehr oder minder stationär geblieben sind. — Wenn wir z. B. die Capitel über die acuten und chronischen Katarrhe des Rachens und Kehlkopfs, über die Affectionen der Tonsillen, über die Rachen- und Kehlkopfsyphilis, die Fremdkörper im Rachen und Kehlkopf, die gutartigen Kehlkopfneubildungen, die Perichondritis des Kehlkopf u. a. m. überblicken, so werden wir allerdings finden, dass in einzelnen Punkten Bereicherungen unseres Wissens eingetreten sind. So hat die Therapie der Fremdkörper und der gutartigen Neubildungen im Kehlkopf den grössten Nutzen von der Einführung der directen Untersuchungs- und Operationsmethoden gezogen, so scheint die Serodiagnose und die Entdeckung der Spirochaeta pallida bedeutendes für die Differentialdiagnose der Syphilis in zweifelhaften Fällen zu versprechen, so haben wir manches über die Rolle der Tonsillen als Eingangspforten für Infectionen verschiedener Art kennen gelernt — im Ganzen aber weicht doch die Schilderung der betreffenden Krankheitsbilder in einem Lehrbuch neuestens Datums verhältnissmässig wenig von der eines vor 25 Jahren erschienenen ab.

Andererseits haben sich manche Capitel fast bis zur Unkenntlichkeit verändert. Man braucht nur an die Entwickelung unseres Wissens bezüglich der Tuberculose, der Diphtherie, der acuten septischen Entzündungen

der oberen Luftwege, der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Kehlkopfnerven, der Therapie der bösartigen Kehlkopfneubildungen, die noch 1879 für ein Noli me tangere galten und deren Behandlung heute zu unseren stolzesten Errungenschaften zählt, zu erinnern, um erkennen zu lassen, welche Fortschritte hier in den letzten 25 Jahren gemacht worden sind. —

Von keinem Kapitel unseres Faches gilt dies in höherem Grade als von der gesammten modernen Rhinologie. Man vergleiche nur das gerade vor 25 Jahren erschienene Mackenzie'sche Lehrbuch der Nasenkrankheiten mit irgend einem heutzutage veröffentlichten. So unglaublich dies in den Augen jüngerer Specialisten erscheinen mag, findet sich in ersterem nicht allein kein den Krankheiten der Nebenhöhlen gewidmeter besonderer Abschnitt, sondern dieselben werden überhaupt nur ganz gelegentlich und im Vorübergehen bei Besprechung anderer Krankheiten erwähnt. Von dem Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit ist nicht die Rede. Die Behandlung der Verbiegungen der Nasenscheidewand wird auf einer Seite abgethan, während den „Nasenpolypen" 27 Seiten gewidmet sind. Die nasalen Reflexneurosen kommen nur ganz beiläufig im Abschnitt über die Polypen der Nase zur Erwähnung. — Und doch durfte Ernst Burow in seiner im ersten Bande dieses Centralblatts erschienenen Besprechung dieses Werkes sein Urtheil mit Recht dahin zusammenfassen (Bd. I. S. 228), dass dasselbe „das beste bis jetzt erschienene Handbuch über diesen Gegenstand bildet, unser Wissen hierüber bis zum gegenwärtigen Moment vollständig repräsentirt, und dass kein Arzt, der sich für das in Rede stehende Gebiet interessirt, dasselbe wird entbehren können".

Das war im Jahre 1884. — Und heute? — Mit mitleidigem Lächeln muss der Student, der in einem sechswöchentlichen Kursus der Rhinolaryngologie seinen Lehrer submucöse Resectionen und Paraffinprothesen vornehmen gesehen hat; der sich zur Diagnose der verschiedenen Nebenhöhlenaffectionen nicht nur der directen Untersuchung und der Durchleuchtung, sondern auch der Probepunktion und der Skiagraphie bedient; der ohne Zagen ausgedehnte Radicaloperationen bei einer Pansinusitis empfehlen würde, auf den vollständig veralteten und überlebten Standpunkt des vor einem Vierteljahrhundert noch „repräsentativen" Lehrbuchs herabblicken. — Es darf in der That ohne Uebertreibung gesagt werden, dass sich hier im Laufe der letzten 25 Jahre eine ganz neue Wissenschaft entwickelt hat, auf deren Errungenschaften unsere Specialität mit Recht stolz sein darf.

Freilich hat sich diese Entwickelung nicht in ruhiger organischer Weise vollzogen. Die Geschichte der modernen Rhinologie gleicht vielmehr derjenigen einer neu entstandenen vulkanischen Insel. Unerwartet erheben sich in ihr mit starken Erschütterungen und vielem Getöse grössere

und kleinere Krater, die eine Zeit lang Feuer und Dampf ausspeien und allgemeine Aufmerksamkeit auf sich lenken. Dann aber stürzen dieselben ebenso plötzlich in sich ein, als sie entstanden waren, und erst nachdem dieses Schauspiel sich mehrere Male wiederholt hat und endlich Ruhe eingetreten ist, wagen sich bedächtige Ansiedler auf das gefährliche Gebiet und bebauen erfolgreich die reiche vulkanische Erde. Ist es nicht so mit der Entwickelung der modernen Rhinologie gegangen? — Man denke nur an die masslose Nasenbrennerei, an die unglaublichen Uebertreibungen der Lehre von den nasalen Reflexneurosen, und die ebenso unverständigen Uebertreibungen der Adenoidoperationen, an die maschinenmässigen Entfernungen der unteren Muscheln, wie sie eine Zeit lang in einzelnen Ländern Mode waren, an die zahllosen Operationen zur Entfernung von Hervorragungen uud Verbiegungen der Nasenscheidewand, die — bisweilen unter den sonderbarsten Indicationsstellungen — Jahre hindurch vielfach als höchstes Ziel rhinologischen Strebens galten. — Was ist aus allen diesen Dingen geworden? — Die gegenwärtige Generation gedenkt ihrer als Jugendsünden, deren man sich nicht gerade gern erinnert; die Geschichte der Medicin wird sie als ebenso seltsame und kaum verständliche Verirrungen verzeichnen, wie etwa den periodischen Aderlass oder das monatliche Purgiren, oder das Massencürettement der Cervix uteri, oder — um bei unserer eigenen Specialität zu bleiben — die sinnlose Amputation des Zäpfchens, wie sie vor 40 Jahren für alle möglichen Halskrankheiten geübt wurde. Möge die Erinnerung an diese Uebertreibungen dazu beitragen, unsere Specialität vor ähnlichen Ausschreitungen für die Zukunft zu bewahren! —

Sehr bedeutsam ist unsere Kenntniss von der Function und von den chirurgischer Behandlung zugänglichen Erkrankungen der Schilddrüse im Laufe der letzten 25 Jahre bereichert worden. An die aus dem laryngologischen Lager hervorgegangene Erkenntniss, dass der sporadische und endemische Kretinismus, das Myxödem und die Cachexia strumipriva nur verschiedene Phasen eines und desselben Zustandes seien, der auf den Verlust der Function der Schilddrüse zurückgeführt werden müsse, hat sich die Entwickelung der modernen Organotherapie angeschlossen. — Die vor 25 Jahren noch als sehr gefährlich betrachteten Kropfoperationen haben in Folge der Fortschritte der Technik das meiste von ihren Schrecknissen verloren, und die Basedow'sche Krankheit hat sich neuerdings als dankbares Objekt für chirurgisches Eingreifen erwiesen, während die früher allgemein angewandte Injection von Jodtinctur in parenchymatöse und von reizenden Eisenlösungen in cystische Kröpfe fast ganz verlassen ist.

Die Lehre von den Krankheiten der Speiseröhre ist durch die Ermöglichung directer Besichtigung des Rohres in seiner ganzen Länge ungemein

gefördert worden. — Einen wichtigen Fortschritt stellt auch die Radicaloperation mancher Formen von Oesophagusdivertikeln dar.

Fügen wir endlich noch hinzu, dass im Laufe der letzten 25 Jahre durch die Einführung der localen Anaesthetica, wie des Cocains, Eucains, Alypins etc., und durch die auf unserem Gebiete ganz besonders werthvolle Verwendung des Adrenalins zur Ausführung fast blutloser Operationen, durch die Verwerthung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der verschiedensten Erkrankungen des Kopfes, Halses und der Brust, durch die therapeutische Anwendung derselben Strahlen, des Finsen- und des Sonnenlichts bei lupösen und ähnlichen Leiden, und — vor allem — durch die geniale Erfindung der directen Untersuchungsmethoden für den Kehlkopf, die Luftröhre, die Bronchien und die Speiseröhre uns Erleichterungen von unschätzbarem Werthe für die Diagnose und Behandlung der in unser Gebiet einschlagenden Leiden bescheert worden sind, so dürfen wir mit Recht sagen, dass das seit der Gründung des internationalen Centralblatts verflossene Vierteljahrhundert eine Periode stetigen und erfreulichsten Fortschritts im Wissen und Können der Rhinolaryngologie darstellt.

II. Die socialpolitische Entwickelung der Rhinolaryngologie während der Periode von 1884—1909.

Wenn in dieser Welt Alles nach Recht und Gebühr zuginge, so müsste die socialpolitische Entwickelung unserer Specialität mit ihrer wissenschaftlichen gleichen Schritt gehalten haben. Nicht nur die im Obigen in gedrängter Kürze aufgezählten Fortschritte, sondern auch die ernste wissenschaftliche Natur ihres Strebens, ihre erfolgreichen Bemühungen, sich der allgemeinen Medizin nützlich zu erweisen und die Sonderart ihrer Technik berechtigen sie durchaus zu dem Anspruch auf Anerkennung als eine selbstständige, anderen anerkannten Specialitäten völlig gleichberechtigte Sonderabtheilung der medicinischen Wissenschaft.

So wenig aber haben sich leider Theorie und Praxis in dieser Frage gedeckt, dass die socialpolitische Geschichte der Rinolaryngologie im Laufe des letzten Vierteljahrhunderts statt des eigentlich selbstverständlichen bedeutenden ruhigen Fortschrittes, den man hätte erwarten dürfen, vielmehr eine sonderbar bewegte Odyssee darstellt, die freilich erhebende und sogar glorreiche Augenblicke enthält, wie die Errichtung des Wilhelm Meyer-Denkmals, die Feier zum hundertjährigen Geburtstag Manuel Garcia's, die Türck-Czermakfeier in Verbindung mit dem Wiener internationalen Laryngologencongress, in der aber doch die trübseligen Abenteuer überwiegen, und deren Ende im gegenwärtigen Augenblick noch nicht abzusehen ist.

Das erste öffentliche Auftreten der Laryngologie im Rahmen eines

allgemeinen internationalen medicinischen Congresses — London 1881 — war ein so vielversprechendes gewesen, dass es derzeit nicht zu sanguin erschien, sich den besten Hoffnungen hinsichtlich einer Hebung des Ansehens und der Stellung der jungen Specialität innerhalb der Gesammtmedicin, an den Universitäten, den Hospitälern, im Unterricht und in den Prüfungen hinzugeben. Diese Hoffnungen sind jedoch im Laufe der letzten 25 Jahre nur sehr theilweise und mehr auf Grund localer und persönlicher Verhältnisse, als auf der Basis einer gerechten allgemeinen Würdigung der Leistungen unseres Faches in Erfüllung gegangen.

Schon der nächste internationale Congress — der mit der Gründung des Centralblatts fast zusammenfallende Kopenhagener im Jahre 1884 — brachte einen ganz unerwarteten Kampf um die Selbstständigkeit der Laryngologie. Sie ging zwar siegreich aus demselben hervor; das verhinderte aber nicht, dass seitdem mit nur zwei Ausnahmen — Berlin 1890 und Budapest 1909 — sich bei jedem dieser internationalen Congresse die Versuche erneuert haben, unsere Specialität entweder, gegen den Willen der Betroffenen, mit der Otologie zu einer Section zu verschmelzen, oder sie — sei es allein, sei es mit der Otologie vereint — in die Stellung einer Subsection hinabzudrücken. Die 25 Bände des Centralblatts bilden einen fortlaufenden Belag für diese traurige Angabe, bei der nur ein Lichtstrahl zu constatiren ist: das entschlossene Zusammenstehen und Ausharren der Laryngologen selbst gegenüber diesen demüthigenden Bestrebungen, eine Haltung, die ihre Wirkung nie verfehlt hat, sei es, dass wir wie in den weitaus meisten Fällen schliesslich siegten, sei es, dass wir uns von den Congressen, die sich unseren gerechten Forderungen eigensinnig widersetzten, gänzlich fernhielten.

Die Gründe der in dieser Haltung der Machthaber dokumentirten Abneigung gegen die Rhino-Laryngologie sind mannigfach und innerlich verschiedene gewesen.

Zunächst ist es wohl die geringe Gunst, die von den officiellen Vertretern der Gesammtmedicin dem Specialismus im Allgemeinen entgegengebracht wird, und die ihren Schlachtruf in der Warnung vor der „Zersplitterung der Wissenschaft“ findet, welche diese unfreundliche Haltung veranlasst hat.

Sodann hat der bedauerliche Mangel an Continuität, der die internationalen medicinischen Congresse von ihrer Einführung an bis auf den gegenwärtigen Augenblick charakterisirt hat, und dem hoffentlich endlich in diesem Jahre — wahrlich nicht zu früh — in Budapest der Garaus gemacht werden wird, dazu geführt, dass die derzeitigen kleinen Tyrannen, die die Macht in Händen hatten und durch keine Traditionen oder allgemeinen Grundregeln hinsichtlich der Organisation dieser Congresse gebunden

waren, aus ausschliesslich localen oder persönlichen Gründen mit schrankenloser Willkür alte Sectionen abschaffen, neue einführen, volle Sectionen in die Stellung von Subsectionen hinabdrücken, heterogene Specialitäten in eine und dieselbe Section oder Subsection verschmelzen konnten.

Was aber der Laryngologie in ihrer Stellung zur Gesammtmedicin weit mehr geschadet hat, als die genannten, rein äusserlichen Momente, ist ihr ebenso natürliches und nothwendiges, wie bis zu einem gewissen Punkte durchaus berechtigtes Bestreben gewesen, den Umfang ihrer Thätigkeit weiter auszudehnen.

Wir kommen hier zu der wichtigsten und complicirtesten Frage der Entwickelung der Laryngologie auf socialpolitischem nicht weniger als auf wissenschaftlichem Gebiete und müssen auf dieselbe des Näheren eingehen.

Als das Centralblatt im Jahre 1884 begründet wurde, war die Gesammtzahl der Laryngologen in der ganzen Welt noch eine verhältnissmässig so geringe, dass die im Prospect des Unternehmens ausgedrückten Zweifel an der Lebensfähigkeit eines solchen Blattes (vergl. Bd. I, S. 4) durchaus berechtigt waren. Die therapeutische Thätigkeit der Rhinolaryngologen jener Tage beschränkte sich auf innere Medication, locale Application (Sprays, Inhalation, Pulvereinblasungeu, Pinselungen etc.) und Eingriffe, die fast ausschliesslich dem Gebiete der „kleinen" Chirurgie angehörten. Die Entfernung von vergrösserten Tonsillen und adenoiden Vegetationen, Amputationen der Uvula, Anwendung des Galvanocauters in Hals und Nase, Entfernung von Nasen- und Kehlkopfpolypen, Dilatation von Kehlkopfstenosen, wenn es hoch kam: eine gelegentliche Tracheotomie — das waren die Dinge, auf welche sich die Operationskunst der Specialisten vor einem Vierteljahrhundert erstreckte.

Die enge Begrenzung unserer Thätigkeit zog die unverhohlene Geringschätzung seitens der allgemeinen Aerzte nach sich. Nur drei Jahre vor der Gründung des Centralblattes durfte einer der angesehensten Aerzte Englands und späterer Präsident des College of Physicians noch wagen, in einer Ansprache über Specialismus in der Medicin seinen Studenten öffentlich[1]) zu sagen: „Es giebt noch viele andere Punkte, über die ich gerne zu Ihnen gesprochen hätte, so über die Specialitäten, welche einen so engen Umfang haben, dass es ganz unmöglich für jemanden ist, der sich auf sie beschränkt, anders ein Einkommen aus ihnen zu machen, als dass er seine Patienten überredet, ihm unnöthige Visiten zu machen, wie z. B. zum Zweck täglicher Applicationen im Halse . . . . . Aber was ich gesagt habe, wird hoffentlich genügen, Sie vor diesen Versuchen, diesen groben Missgriffen, die schlimmer sind als Verbrechen, zu bewahren."

1) The Lancet, October 15, 1881. p. 655 et seq.

Hier sagte jemand öffentlich, was viele, wenn nicht die meisten, damals dachten. Dass diese Stimmung nicht auf ein einzelnes Land beschränkt war, dafür legen die aus berufenen specialistischen Federn stammenden Schilderungen über die Stellung der Laryngologie in den einzelnen Culturländern Zeugniss ab, mit denen das Centralblatt seine socialpolitische Thätigkeit eröffnete. Wie schwer es damals war, für die Laryngologen irgend welche Stellung im Rathe der Gesammtmedicin zu erringen, — davon kann sich die jüngere Generation der Specialisten kaum eine Vorstellung machen! —

Um die Mitte der achtziger Jahre begann unerwarteter Weise ein Umschwung in den Verhältnissen der Laryngologie. Waren es die äusseren Erfolge der laryngologischen Abtheilungen auf den Londoner und Kopenhagener internationalen Congressen und die sich an dieselben anschliessende, wenn auch zögernde und stückweise öffentliche Anerkennung der Berechtigung der Specialität, war es die allgemeine Aufmerksamkeit, welche die Arbeiten über die Physiologie und Pathologie der Kehlkopfinnervation, über die nasalen Reflexneurosen, über die Affectionen der Nebenhöhlen der Nase damals zu erregen begannen, war es die immer mehr zunehmende Ueberfüllung des ärztlichen Standes allerorten, war es ein Zusammenwirken aller dieser und möglicher Weise anderer Umstände — genug, es erfolgte plötzlich ein gewaltiger Zudrang zu den Reihen der bis dahin von angehenden Specialisten ziemlich vernachlässigten Rhinolaryngologie. Nicht nur in den Hauptstädten etablirte sich eine über das Bedürfniss weit hinausgehende Anzahl von Nasen- und Kehlkopfärzten: bald hatten die grösseren Provinzialstädte und selbst kleinere Mittelstädte eine grössere oder geringere Zahl von Specialisten in unserem Fache aufzuweisen. In erstaunlich kurzer Zeit war fast überall Ueberfüllung vorhanden, ein Verhältniss, das noch gegenwärtig allerorts zunimmt.

Das Ergebniss der aus dieser Ueberfüllung erwachsenden Concurrenz mochte für das Publicum in gewissem Sinne erspriesslich sein, für die Specialisten selbst war es jedenfalls wirthschaftlich unerfreulich. Wie bei jeder Concurrenz drückten auch hier die neuen Ankömmlinge die Preise herunter. Früher gut bezahlte Operationen wurden für viel geringere Honorare übernommen; Berufungen in die Provinz, die vordem zu den grossen Einnahmen der hauptstädtischen Specialisten gehört hatten, wurden in dem Maasse seltener, als sich in den Mittelstädten tüchtige Hals- und Nasenärzte niederliessen; selbst die Consultationshonorare der jüngeren Specialisten wurden leider nur zu häufig durch die Concurrenznoth auf ein dem speciellen Wissen nicht entsprechendes Maass hinabgedrückt.

Hierzu kam ein weiterer, für die wirtschaftliche Lage der Laryngologen äusserst wesentlicher Umstand. Die Specialisten selbst haben stets

auf eine bessere Ausbildung der practischen Aerzte im Gebiet der Hals- und Nasenkrankheiten gedrungen. Das war gewiss nur recht. Aber wir selbst haben theuer für die Verfechtung unserer wissenschaftlichen Ueberzeugung zu bezahlen gehabt: in dem Maasse, in dem sich das Wissen und Können der practischen Aerzte auf unserem Gebiete verbessert hat, ist eine Anzahl derjenigen kleineren Operationen, die früher sozusagen das tägliche Brod des Laryngologen ausmachten, in den Besitz des Hausarztes übergegangen! — Der ältere Specialist, der heute seine Journale aus dem Anfang der achtziger Jahre durchblättert, wird einen erstaunlichen Unterschied in der ganzen Natur seiner damaligen und seiner gegenwärtigen Praxis finden, eine Unterschied, der ebenso den in vielen Beziehungen revolutionären Fortschritt unseres Wissens, wie die wirthschaftliche Revolution illustrirt, die sich auf unserem Gebiete im Laufe der letzten 25 Jahre vollzogen hat.

Die unausbleibliche Folge von alledem war, dass sich die jüngeren Specialisten nach einer Erweiterung ihres Wirkungskreises umsehen mussten. Beschränkten sie sich auf Hals- und Nasenleiden, so konnten sie weder von den Erträgnissen ihrer Praxis leben, noch fanden sie, bei der immer mehr anschwellenden Zahl privater Polikliniken, Material für wissenschaftliche Thätigkeit. Mit bitterer Satire hiess es in dem zum 10jährigen Stiftungsfest der Berliner Laryngologischen Gesellschaft herausgegebenen Scherzblatt, dass „für die 200. Poliklinik ein Patient gesucht wird."

Man musste offenbar das Arbeitsfeld zu vergrössern versuchen. Das Nächstliegende waren die Ohrenkrankheiten. Im Anfang der achtziger Jahre standen beide Specialitäten, wie hier nachdrücklich hervorgehoben werden muss, durchaus unter dem Zeichen der adenoiden Vegetationen. Die Methode der Untersuchung, die Diagnose und die Behandlung der Krankheiten des Nasenrachenraumes, so ziemlich des einzigen natürlichen wissenschaftlichen Bindegliedes zwischen Laryngologie und Otologie waren beiden Specialitäten gemeinsam, ausserdem begann gerade damals die hyperrhinologische Richtung, derzufolge beinahe alle Krankheiten sowohl des Ohres wie der tieferen Luftwege von Stenose der Nase selbst abhängen sollten, mit lautem Lärm ihr Haupt zu erheben. Was war natürlicher, als dass die jungen Mitglieder beider Specialitäten — denn die wirthschaftlichen Verhältnisse der Otologie lagen anscheinend ähnlich wie die der Laryngologie — die Betreibung derselben zu verschmelzen begannen, dass allmählich mehr und mehr Zeitschriften entstanden, die beiden Specialwissenschaften gewidmet waren, dass neue Specialgesellschaften, die seit 1885 in immer grösserer Anzahl gegründet wurden, sich der Pflege der Rhino-Laryngologie gemeinsam mit derjenigen der

Otologie befleissigten? — So bahnte sich, auf der Grundlage vorwiegend **wirthschaftlicher, nicht zwingender wissenschaftlichen** Nothwendigkeit mit bemerkenswerther Schnelligkeit die Verschmelzung der Rhinolaryngologie mit der Otologie in der Praxis der Mehrzahl der Specialisten beider Fächer an, welche für die socialpolitische Entwicklung unserer Specialität während des letzten Vierteljahrhunderts charakteristisch und bedeutsam gewesen ist, und welche in neuester Zeit die Existenz der Laryngologie als einer unabhängigen Specialwissenschaft bedroht.

Dass die vorstehende Schilderung allseitig als richtig, resp. vollständig anerkannt werden wird, ist nicht zu erwarten. Eine Anzahl der Anhänger der Verschmelzung beider Specialitäten ist nicht zufrieden mit der Erklärung, dass der Ursprung der Bewegung ganz vorwiegend wirthschaftlicher Natur gewesen sei, und behauptet, dass die Fusion auch wissenschaftlich geboten sei. Ein Beweis für diese Behauptung ist aber niemals erbracht worden und kann auch naturgemäss nicht erbracht werden, da die Erfahrung von vollen fünfzig Jahren über allen Zweifel hinaus gezeigt hat, dass ein so zwingender innerer Zusammenhang zwischen den beiden Specialitäten nicht besteht, dass die eine derselben ohne gleichzeitige Betreibung der anderen nicht ausgeübt werden kann.

Dass **Berührungspunkte** zwischen den beiden Specialitäten existiren, kann von keinem vernünftigen Menschen bestritten werden, und ist natürlich auch nie bestritten worden. So ist die Methode der Untersuchung von Ohr und Hals in vielen Beziehungen ähnlich und deckt sich bei den Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraums: so controllirt das Ohr die Stimmbildung; so sind die adenoiden Vegetationen und einige andere Krankheiten des Nasenrachenraums ebenso wichtig für den Otologen wie für den Laryngologen. Damit hört aber die Wechselbeziehung auf, und wenn die Existenz solcher vereinzelter Berührungspunkte zum Ausgangspunkt der Forderung gemacht wird, dass auf Grund derselben die beiden Specialitäten zusammengehörten und völlig mit einander verschmolzen werden müssten, so gelangt man, wie im Weiteren gezeigt werden wird, zu den abenteuerlichsten und ungeheuerlichsten Consequenzen, die in ihrer schliesslichen Verfolgung dem Specialismus in der Medicin überhaupt ein Ende machen würden!

Solange sich die Bewegung indessen in den bisher geschilderten Grenzen hielt, war gegen dieselbe natürlich nicht das Geringste einzuwenden. In Fragen so rein wirthschaftlicher Natur wie der vorliegenden muss selbstverständlich dem einzelnen vollständig überlassen bleiben, was er für das

Richtige für sich selbst hält. Wenn also ein angehender Specialist es für zweckmässig findet, in seiner Praxis Hals- und Ohrenkrankheiten zu verbinden; wenn eine Anzahl von Collegen, die in gleicher Lage sind, sich zur Gründung einer Gesellschaft zusammenthut, die der Pflege beider Specialitäten gewidmet ist; wenn ein Specialjournal es für zweckmässig hält, den Bedürfnissen beider Specialitäten zu dienen — so ist das Privatsache der Betreffenden, und es wäre im höchsten Grade unpassend für jemanden, der diese Bewegung für eine unzweckmässige hält, sich in diese Privatangelegenheiten einzumischen.

Weit bedenklicher wurde die Sache aber schon, als Angehörige der neuen Richtung das, was ihnen selbst wünschenswerth erschien, auch denen aufzuzwingen versuchten, die mit ihnen nicht einverstanden waren. Nicht zufrieden damit, bei denjenigen allgemeinen Zusammenkünften, bei denen der Laryngologie und der Otologie separate Sectionen eingeräumt werden, die Auswahl zu haben, welchen Diskussionen sie beiwohnen wollen, verlangen sie, dass die beiden Sectionen mit einander verschmolzen werden, denn „wenn ich zu einem Congresse gehe, will ich alles geniessen, was dort dargeboten wird!" So lautet der Schlachtruf und unverhüllter kann sich der Egoismus wohl kaum geben. — Bisher hat freilich die verständigere Richtung, welche einsieht, dass durch die Erfüllung dieses Verlangens das schon jetzt erfahrungsgemäss stets überfüllte Programm jeder der beiden Sectionen weiterhin auf die Hälfte beschränkt würde, die Oberhand behalten; wie lange das aber anhalten wird, bleibt abzuwarten.

Eine noch schwerere Gefahr ist der Laryngologie im Laufe der letzten Jahre durch die Forderung erwachsen, sie mit der Otologie als academisches Lehrfach zu verschmelzen. Diese Forderung wird speciell von otologischer Seite mit grossem Eifer verfochten, und würde, wenn durchgeführt, der Selbstständigkeit der Laryngologie als einer in sich begründeten und existenzberechtigten Specialität um so wahrscheinlicher ein Ende bereiten, als die practische Erfahrung des letzten Vierteljahrhunderts uns einmal nach dem anderen — worüber in diesem Blatte wiederholt bittere Klage geführt worden ist — den Beweis ad oculos geliefert hat, dass, wenn immer an einer Universität oder ähnlichen Lehranstalt aus localen Gründen eine combinirte Klinik oder Poliklinik für Hals- und Ohrenkrankheiten errichtet worden ist, fast ausnahmslos ein Otologe mit der Leitung des neuen Instituts beauftragt worden und die Laryngologie zu kurz gekommen ist.

Ueberhaupt erinnert diese ganze „Vereinigungs"bewegung an nichts so sehr als an den englischen Kinderstubenreim:]

„There was a young lady of Djaigar
Who went for a ride on a tiger.
They returned from the ride,
But the lady inside,
And a smile on the face of the tiger.“[1])

Die Herren Otologen lieben plötzlich die Laryngologie „zum Auffressen“, und die Plötzlichkeit dieses heissen Liebeswerbens ist um so auffallender, als die ungestümen Freier volle fünfzig — sage fünfzig! — Jahre Zeit gehabt haben, die Vorzüge der Erkorenen zu studiren, ohne dass es ihnen bis auf die allerletzte Zeit eingefallen wäre, sie begehrenswerth zu finden! — Im Gegentheil haben sie der jüngeren Genossin gegenüber mehr als einmal eine unverhüllte Abneigung an den Tag gelegt, und sie nicht selten mit einem ebenso unverständlichen wie bedauerlichen Hochmuth behandelt.

Alles dies sind nicht Behauptungen, sondern historisch festgelegte Thatsachen.

Völlig unabhändig von der Otologie ist die Laryngologie entstanden; bei ihrem anfänglichen Ausbau hat nur ein einziger, bekannter Otologe, der bei dieser Diskussion immer wieder genannte Voltolini, nennenswerth mitgeholfen; im Uebrigen haben sich diejenigen Männer, welche die moderne Otologie geschaffen haben, v. Troeltsch, Politzer, Gruber, Schwartze, Bezold, Hinton, Toynbee, Wilde u. s. w., von der Laryngologie durchaus ferngehalten. — Innerhalb der 50 Jahre ihres Bestehens hat die Laryngologie von otologischer Seite nur eine einzige, wirklich werthvolle Gabe erhalten: dies ist die Entdeckung der adenoiden Vegetationen seitens Wilhelm Meyer's, und für diese Gabe haben sich die Laryngologen mindestens ebenso dankbar bewiesen, wie die engeren Berufsgenossen des Entdeckers. — Im Uebrigen hat die Otologie ebensowenig befruchtend auf die Laryngologie eingewirkt, wie letztere auf erstere. Was ganz kürzlich von Paul Heymann gesagt worden ist: dass, wenn man in einem der sowohl den Hals- wie den Ohrenkrankheiten gewidmeten Lehrbücher den dem otologischen Abschnitt gewidmeten Theil von dem laryngologischen mit einem Messer abtrennen würde, der Leser des einen Theils den anderen kaum vermissen würde — ist durchaus wahr! — Als es sich bei Gelegenheit des Londoner internationalen Congresses darum handelte, der Laryngologie in irgend einer Form zum ersten Male eine Anerkennung zu verschaffen und bei der durch persönliche Verhältnisse geschaffenen Unmöglichkeit, ihr eine separate Section zu erringen, von laryngologischer Seite

1) Zu deutsch: „Eine junge Dame in Djaigar ritt auf einem Tiger spaziren. Beide kehrten von dem Ritt zurück, aber die Dame im Inneren des Tigers, und ein Lächeln auf dem Gesicht desselben.“



die Concession gemacht wurde, dass man vorläufig mit einer gemeinsamen oto-laryngologischen Section unter dem Präsidium eines Otiaters zufrieden sein wolle, wurde dieser Vorschlag von den Otologen rundweg abgeschlagen, weil sie nichts mit den Laryngologen zu thun haben wollten! — Als bei dem Kopenhagener Congresse zwei gemeinsame Sitzungen der beiden Sectionen zu Stande gebracht worden waren, um über anscheinend beide interessirende Themata, wie die Tonsillotomie, den chronischen Nasenrachenkatarrh, die nasalen Reflexneurosen, gemeinsam zu diskutiren, nahmen die Ohrenärzte an den Verhandlungen keinen activen Theil und zogen sich schliesslich in der Mitte der Diskussion über die nasalen Reflexneurosen zurück, weil sie ein ihnen wichtigeres Thema zu besprechen hatten! — Als die Otologen vor einer noch gar nicht langen Reihe von Jahren ihre periodischen internationalen Congresse begründeten, fiel es ihnen gar nicht ein, die Laryngologie in ihre Thätigkeit mit einschliessen zu wollen, resp. die Laryngologen zur Theilnahme an diesen Congressen einzuladen! — Woher denn jetzt die plötzliche Liebe, beziehungsweise die Entdeckung, dass die beiden Specialitäten eigentlich zusammengehörten?

Es soll bereitwillig zugegeben werden, dass die vorstehenden historischen Reminiscenzen werthlos sein würden, wenn es gelänge nachzuweisen, dass die beiden Specialitäten, wenn auch zu verschiedenen Zeiten und auf verschiedenen Grundlagen entstanden und anfänglich verschiedenen Zielen nachstrebend, im Laufe ihrer Thätigkeit wissenschaftlich einander immer näher geführt worden wären und schliesslich gefunden hätten, dass sie naturgemäss zusammengehörten. Aber gerade dieser Behauptung muss auf das Entschiedenste widersprochen werden. Weit entfernt, in eine und dieselbe Linie überzugehen, oder auch nur in parallelen Bahnen zu verlaufen, sind im Gegentheil die Bestrebungen beider Specialitäten in moderner Zeit immer divergenter geworden. Die zeitgenössische Otiatrie vertieft sich immer mehr in das Gebiet der Hirnchirurgie,[1]) die Laryngologie unserer Tage strebt auf der Basis der glänzenden Killian'schen Errungenschaften abwärts, und zieht legitimerweise die Krankheiten der Bronchien und der Speiseröhre in ihr Bereich!

Dieses wissenschaftliche Auseinandergehen ist so augenscheinlich und so unbestreitbar, dass von den Vorkämpfern der Verschmelzung denn auch kaum der Versuch gemacht wird, ihr Project auf Grundlage pathologischer Zusammengehörigkeit der beiden in Frage stehenden Gebiete

1) Dass in äusserst seltenen Fällen auch Abscesse der Nebenhöhlen der Nase zu Gehirncomplicationen führen können, wird wohl selbst von Anhängern der Fusion nicht als Beweis für die Zusammengehörigkeit der Otologie und Laryngologie ins Feld geführt werden. Im Uebrigen wird bezüglich der Behandlung solcher Complicationen auf die folgenden Ausführungen verwiesen.

zu befürworten. Giebt doch einer derselben noch ganz kürzlich unumwunden zu, dass „directe Wechselbeziehungen“ zwischen Ohren- und Halskrankheiten — auf die es, wie Paul Heymann sehr richtig sagt, doch hier in erster Linie, vielleicht sogar allein ankommt — „verhältnismässig selten“ seien.

Demgemäss treten denn auch unter den Gründen, die für die vorgeschlagene „Vereinigung“ geltend gemacht werden, die wirklich wissenschaftlichen ganz in den Hintergrund gegenüber den reinen Opportunitätsargumenten. Letztere sind bereits so eingehend und überzeugend von B. Fränkel, O. Chiari, Paul Heymann, Bloch, Lucae u. A. widerlegt worden, dass wir es uns versagen können, an dieser Stelle noch einmal auf jedes einzelne derselben einzugehen. Nur eines, das unzweifelhaft wichtigste derselben, müssen wir herausgreifen, um an der Hand der Erörterung desselben zu untersuchen, was das Resultat sein würde, wenn die so lebhaft ersehnte Fusion wirklich zu Stande käme. Es wird behauptet, dass sich die angehenden Specialisten beider Gebiete die erforderlichen Kenntnisse besser auf einer vereinigten Klinik erwerben könnten, und dass der Unterricht der Studenten vereinfacht werden würde. Das sind zwei sehr anfechtbare Behauptungen. Wie Bloch sehr richtig auseinandersetzt, und wie die bisher gewonnene Erfahrung thatsächlich gezeigt hat, wird der Leiter einer combinirten Anstalt „je nach Talent und Neigung doch immer eines der beiden Fächer bevorzugen“, und, wie wir hinzufügen möchten: die Neigung des Leiters wird dem ganzen Institut seinen Stempel aufdrücken! — Hier aber liegt der Schwerpunkt der ganzen Frage! — Unter den vielen tausenden der gegenwärtigen Laryngologen und Otologen giebt es, das dürfen wir kühnlich behaupten, nicht zehn, die einspruchslos von den Angehörigen der beiden Specialitäten als Meister in beiden Fächern anerkannt, nicht hundert, die von beiden Seiten zu den hervorragenderen Autoritäten in beiden Gebieten gerechnet werden. Ein beträchtlicher Bruchtheil der Uebrigbleibenden mag wohl landläufiges Wesen und Können genug in beiden Fächern besitzen, um den Anforderungen des Lehramtes und der Leitung einer combinirten Klinik leidlich nachkommen zu können und keines der beiden Fächer ungebührlich hinter dem anderen zurücktreten zu lassen. Eine sehr bedeutende Fraction aber, wahrscheinlich die Majorität der gesammten Zahl, betreibt nur eines der beiden Fächer mit wirklicher Vorliebe und fachmännischer Kenntniss, das andere mehr oder minder dilettantenmässig, und nur, weil es die Anforderungen des Berufes mit sich bringen, während wiederum ein beträchtlicher Bruchtheil, der die grosse Majorität der wissenschaftlichen Führer auf beiden Gebieten in sich birgt, nur eines der beiden Fächer cultivirt, und ganz und gar nicht beansprucht, in dem anderen als Autorität zu gelten.

Nun können wir uns, wie schon erwähnt, nach den immer wiederholten bitteren Erfahrungen der letzten 25 Jahre keinen Illusionen darüber hingeben, was das Schicksal der Laryngologie wäre, wenn die „Vereinigung" zur Thatsache würde. — Ein Mal nach dem anderen ist im Verlaufe dieser Jahre, wenn eine neue gemischte Klinik oder Poliklinik gegründet, ein Lehrauftrag für beide Fächer ertheilt wurde, die Wahl auf Herren entfallen, die bis dahin, was immer ihre otologische Befähigung sein mochte, laryngologisch völlig oder nahezu unbekannt waren, während die Hülle und Fülle ausgezeichneter Laryngologen, welche die betreffende Stellung vom laryngologischen Standpukt aus vorzüglich ausgefüllt haben würden, die aber otologisch nicht hervorgetreten waren, leer ausgegangen ist.

Unschwer lässt sich voraussehen, dass, wenn dies so weitergeht, wie bei der gegenwärtigen Strömung nur zu wahrscheinlich ist, der zum Leiter eines gemischten Instituts berufene Otologe, der seine Beförderung seinen otologischen Leistungen verdankt, auch in der neuen Stellung mit Vorliebe sein eigenes Feld cultiviren, und seine laryngologischen Obliegenheiten, wenn auch pflichtgemäss, doch ohne besonderen Enthusiasmus erfüllen wird. Das ist nur menschlich und begreiflich. Der Standpunkt des Leiters aber geht naturgemäss auf das ganze Institut über. Die Otologie wird die Hauptsache, die Laryngologie das Nebenfeld. Der angehende Specialist merkt schnell genug, dass, wenn er vorwärts kommen will, bei der herrschenden Strömung otologische, nicht laryngologische Leistungen erforderlich sind; derjenige, welcher sich speciell für laryngologische Fragen interessirt, findet nicht die geringste officielle Ermuthigung. So wird allmählich nicht nur die gegenwärtige blühende Entwickelung der Laryngologie gehemmt werden, sondern sie wird zu einem blossen Anhängsel der Otologie herabsinken. Ausnahmen mögen ja vorkommen, im Allgemeinen aber wird man die vorstehende Schilderung von der voraussichtlichen Entwickelung der Dinge, wenn die beabsichtigte officielle Vereinigung zur Wirklichkeit werden sollte, nicht der Uebertreibung zeihen können.

Und aus diesem Grunde werden diejenigen, die der Laryngologie ihre ungestörte Entwickelung zu wahren wünschen, ihr Möglichstes aufbieten, ihr ihre Unabhängigkeit zu erhalten. Die Mittel und Wege dazu werden im letzten Theil dieses Aufsatzes besprochen werden. Hier sei nur noch ausdrücklich hervorgehoben, dass es in der Geschichte der Medicin wohl einzig dasteht, dass eine Specialität, die unter fortwährenden harten Kämpfen sich ihr Bürgerrecht errungen, die soviel für die Erkenntniss und Behandlung der ihr unterstehenden Leiden geleistet, und die so befruchtend auf die Entwickelung der allgemeinen Wissenschaft gewirkt hat, wie die unsere, nach fünfzigjähriger Existenz in der Weise vergewaltigt und

ihrer Selbstständigkeit beraubt werden soll, wie dies jetzt mit der Laryngologie beabsichtigt wird!

Aber der Laryngologie, wie wir sie verstehen, droht eine noch grössere Gefahr als die soeben besprochene, eine Gefahr, die ihr aus ihrem Inneren erwachsen ist. Dies ist das sich in jüngster Zeit immer mehr geltend machende Bestreben, ihre natürlichen Grenzen dermaassen zu erweitern, dass der alte Begriff der Laryngologie darüber vollständig verloren geht, ja dass sie eigentlich aufhört, überhaupt noch eine Specialität darzustellen. Die geforderte Verschmelzung mit der Otologie ist unseres Erachtens nur ein erster Schritt auf diesem abschüssigen Pfade.

Die Genesis der ganzen Bestrebung, dessen Bedeutung bisher leider von den Wenigsten richtig gewürdigt wird, ist eine sehr natürliche, und dürfte hauptsächlich auf drei Umstände zurückzuführen sein: 1. Dieselbe wirthschaftliche Bedrängniss, die zu der Vereinigung mit der Otologie in der Praxis der jüngeren Specialisten geführt hat; 2. die an sich äusserst lobenswerthe Beschäftigung mit den sogenannten „Grenzgebieten"; 3. der ebenso rühmliche und leicht begreifliche Drang, den allgemeinen Aerzten und Chirurgen, die sich über die „Kleinheit" unserer Thätigkeit lustig machen, zu beweisen, dass wir auch grösserer Dinge fähig sind.

So lange sich diese Bestrebungen innerhalb der natürlichen Grenzen der Specialität hielten, waren sie durchaus legitim und wurden von uns Allen getheilt. Immer wieder ist darauf hingewiesen worden, dass nach Virchow's[1]) goldenen Worten die Specialitäten sich untereinander verständigen und sich gegenseitig helfen sollen, und ferner, dass, während sie immer von Neuem schöpfen aus dem gemeinsamen Born, sie auch ihrerseits fruchtbringend auf die Mutterwissenschaft zurückwirken müssen. Mit vollem Bewusstsein hat dieses Centralblatt schon vor 25 Jahren neben seinem Haupttitel „für Laryngologie und Rhinologie" die Devise: „und für verwandte Wissenschaften" gesetzt. Die Krankheiten der Schilddrüse, des Oesophagus, des äusseren Halses, der Mundhöhle gehören zu denjenigen, an welchen der Kehlkopfarzt, weil sie sein eigentliches Feld so häufig berühren, ein ganz besonderes Interesse zu nehmen berechtigt und verpflichtet ist. Es gereicht unserer Specialität zur Ehre, dass sie, sich abwendend von localer Kleinigkeitskrämerei, im Laufe des letzten Vierteljahrhunderts mit Eifer den Zusammenhang des Halses und der Nase mit anderen, nicht nur räumlich benachbarten Organen studirt hat. Was hier hinsichtlich der Beziehungen unseres Specialgebietes zu den Krankheiten der Augen, der Ohren, des Centralnervensystems, der Zähne, der Lungen, der Geschlechts-

1) Berliner klinische Wochenschrift. 1885. S. 775.

organe, der Haut — kurz zu allen möglichen Theilen des Körpers geleistet worden ist, gehört zu den dankenswerthesten Errungenschaften der Laryngologie und sollte an sich genügen, ihr für immer einen ehrenwerthen Platz in der Reihe der anerkannten und unabhängigen Specialitäten zu sichern.

Ebensowenig lassen sich begründete Einwendungen dagegen erheben, dass die Laryngologie ihr Gebiet erweitert, sobald diese Erweiterung mit innerlicher Nothwendigkeit aus der Beschäftigung mit dem eigenen, unbestrittenen Felde unserer Thätigkeit erwächst, und wir möchten dies ganz besonders hervorheben, um dem Vorwurf des Hinter-der-Zeit-Zurückbleibens zuvorzukommen! Wenn also zum Beispiel gegenwärtig die äusseren Stirnhöhlenoperationen sich fast ausschliesslich in den Händen von Specialisten befinden, wenn die Thyreotomie bei bösartigen Kehlkopfgeschwülsten zum grossen Theil von Laryngologen vorgenommen wird, so ist das einfach darauf zurückzuführen, dass im ersteren Falle die moderne Operation thatsächlich unter den Händen der Rhinologen entstand und so gut wie nie von den Chirurgen in Anspruch genommen worden ist, während im letzteren sich die Chirurgen so lange den von Laryngologen ausgehenden Vorschlägen zur Verbesserung der Technik der Operation verschlossen, dass letztere gezwungen wurden, dieselbe selbst vorzunehmen, wollten sie das von ihnen als richtig erkannte practisch durchgeführt sehen. Wenn ferner durch die schöpferische Idee Kirstein's und durch ihre geniale Erweiterung seitens Killian's das therapeutische Gebiet der Laryngologie auf die Bronchien und die Speiseröhre ausgedehnt wurde, so war dies eine logische Nothwendigkeit, da zu der Erlernung und practischen Ausübung der Bronchoskopie und Oesophagoskopie noch mehr specialistische Schulung gehört, als zu der gewöhnlichen indirecten Laryngoskopie. Demgemäss ist denn auch, obwohl die Killian'sche Methode die Laryngo-Rhinologie thatsächlich zur Specialität für die Krankheiten der Luft- und oberen Speisewege umgestaltete, von keiner Seite Einspruch gegen diese unerwartete Ausdehnung ihrer Thätigkeit erhoben worden. Dieselbe hat sich im Gegentheil wohl überall dankbarer Begrüssung zu erfreuen gehabt.

Ganz anders aber steht die Sache mit den neuesten Forderungen unseres radicalen Flügels. Derselbe betrachtet alle der Nase, dem Rachen und dem Kehlkopf räumlich benachbarten, oder mit diesen Organen in anatomischer, physiologischer oder pathologischer Beziehung stehenden, wenn auch ferner gelegenen Theile des Körpers als eroberte oder zu erobernde Gebiete, und verlangt kurzweg, dass die neue Oto-Laryngologie — denn es sind die Fusionsfreunde, welche diese Forderung erheben — ihre chirurgische Thätigkeit auf alle diese Gebiete ausdehnen solle, gleich-

18*

gültig, ob dieselben seit undenklicher Zeit im Besitze anderer gewesen sind oder nicht! — Beiläufige Aeusserungen bezüglicher Art waren mehrfach im vorigen Jahre in Wien gelegentlich des Internationalen Congresses zu hören und lassen sich auch in der neuesten Literatur finden. Jetzt aber ist ein ganz definitives Programm für die weitere Entwickelung der oto-laryngologischen Praxis erschienen, das für die neue Richtung so bezeichnend ist, und gleichzeitig beweist, dass wir hier nicht gegen Chimären kämpfen, — dass wir einen grossen Theil desselben trotz seiner Länge in wörtlicher Uebersetzung hier wiedergeben.

In einer Ansprache des Vicepräsidenten, die vor der amerikanischen Academy of Ophthalmology and Laryngology im August vorigen Jahres in Cleveland gehalten und im „Laryngoscope" (Februar 1909) abgedruckt worden ist, erklärt der Vortragende im Eingange, dass das Specialgebiet der Otolaryngologie über das Gebiet der Mastoidoperationen, der äusseren Operationen an den Nebenhöhlen der Nase und am Kehlkopf allmählich herausgewachsen sei und dass heutzutage die moderne Otolaryngologie die grossen Operationen am Kopfe und Halse in sich begreife.

Dann fährt der Verfasser wörtlich fort: „Noch besteht beträchtliche Zögerung in unseren Reihen hinsichtlich dieses Fortschritts, indem man die mögliche Gefahr fürchtet, das dem allgemeinen Chirurgen gehörende Feld zu schmälern. Das halte ich aber für einen Fehler, weil eine natürliche Verbindung zwischen den Krankheiten der Höhlen der Nase, des Halses und der Ohren und ihrer Adnexa besteht. Der moderne Otolaryngologe darf sich daher nicht mit der Behandlung der Höhlen begnügen, sondern muss auch die Adnexa und die Complicationen selbst behandeln." — Im Weiteren gesteht der Verfasser zu, dass die Begrenzung der otolaryngologischen Praxis durchaus individuelle Geschmackssache sei. Er selbst aber empfehle nicht nur die Inangriffnahme der äusseren ebensowohl wie der inneren Krankheiten der betreffenden Organe, sondern auch die Behandlung der mit ihnen „in engem Zusammenhange stehenden Gewebe". Des weiteren illustrirt er seine Meinung, indem er einige einschlägige Beispiele giebt:

1. „Nehmen wir einen Fall von Obstruction der Nase an, in welchem die Diagnose auf Fibrosarkom gestellt ist. Dasselbe involvirt die ganze Hälfte des Oberkiefers und es wird nöthig, die temporäre oder permanente Resection der Maxilla superior mit oder ohne Ligatur der Carotis vorzunehmen. Es ist üblich gewesen, diese Operation von einem allgemeinen Chirurgen vornehmen zu lassen; ich behaupte jedoch, dass dieselbe durchaus innerhalb der Domäne der otolaryngologischen Praxis liegt."

2. „Eine acute oder chronische Affection der Nebenhöhlen der Nase führt zur Entwickelung deutlicher Gehirnsymptome; die Diagnose wird auf

einen complicirenden Gehirnabscess oder auf Meningitis gestellt. Der Rhinologe hat die inneren und äusseren Operationen an den Sinus vorgenommen, aber die Gehirnexploration oder Punction des Wirbelkanals ist dem allgemeinen Chirurgen überlassen geblieben. Es ist kein Grund vorhanden, warum nicht die ganze Operation von dem Oto-Rhino-Laryngologen ausgeführt werden soll."

3. „Die vielen Varietäten äusserer Nasendeformitäten sind und werden noch gegenwärtig vielfach von allgemeinen Chirurgen operirt, trotz der Thatsache, dass in den meisten Fällen auch intranasale Chirurgie nothwendig ist, um die besten Resultate zu erzielen. Es ist daher klar, dass diese Fälle zum Bereich des Oto-Rhino-Laryngologen gehören."

4. „Die Lippen, das Zahnfleisch, die Kiefer, der Gaumen, die Speicheldrüsen und -Gänge, die Wangenschleimhaut und die Zunge werden in einer gemischten Weise behandelt, manche ihrer Affectionen von dem allgemeinen Chirurgen, manche von Zahnärzten, manche von Mundärzten oder Stomatologen und manche von den Rhino-Laryngologen. Die richtige Diagnose und Behandlung sind so wesentlich in Beziehung zu den speciellen Functionen der Athmung, der Sprache, des Gehörs, Geruchs und Geschmacksinns, dass allein aus diesen Gründen, wenn nicht aus aus anderen, die obigen Structuren von den Oto-Rhino-Laryngologen behandelt werden sollten."

„Ich will nunmehr einige specielle pathologische Zustände dieser Gebilde aufzählen":

a) „Der Lippen: Hasenscharte, angeborenes Staphylom, Neubildungen, entzündliche Krankheiten und angioneurotisches Oedem."

b) „Des Zahnfleisches und der Kiefer: Epulis und andere Neubildungen, paradentäre und zahnenthaltende Cysten, Fracturen und Dislocationen, Periostitis, Abscesse und Necrosis."

c) „Des Gaumens: Wolfsrachen und andere congenitale Defecte, Lähmungen, Neubildungen und entzündliche Leiden."

d) Des Speichelapparates: Speichelsteine und -Cysten oder Ranulae, Entzündungen, Abscesse und Neubildungen der Speicheldrüsen."

e) „Der Backen: Leukoplakie, Neubildungen und entzündliche Krankheiten."

f) „Der Zunge: schwarze Haarzunge und andere Keratosen, tuberculöse und syphilitische Erkrankungen und andere entzündliche Affectionen, congenitale Verkürzung oder Fehlen des Frenulum („tongue-tie"), Neubildungen."

5. „In neuerer Zeit ist klar nachgewiesen, besonders von Groeber Moos, Wood und Anderen, dass die Lymphgebilde des Mundes, der Nase, des Nasenrachenraumes, Rachens und Kehlkopfs sich in die verschiedenen

Drüsenregionen des Halses entleeren, und dass die Infection und Vergrösserung der Drüsen in directem Verhältniss zu der Infection der Lymphgebilde in den genannten Höhlen steht. Umgekehrt schwindet die Drüsenaffection mit dem Aufhören der primären Affection. Es ist daher klar, dass Vergrösserung der Lymphdrüsen, gleichgültig aus welcher Quelle stammend, in welche sich die oben genannten Lymphgebilde ergiessen, der Domäne des Oto-Rhino-Laryngologen zuzurechnen ist. Es ist durchaus nicht selten zu sehen, dass längere Zeit vergrösserte, aber nicht erweichte Halsdrüsen nach der Entfernung von Tonsillen oder adenoiden Vegetationen verschwinden. Ebensowenig selten findet man Recidive vergrösserter Cervicaldrüsen 2—3 Mal nach ihrer Operation, bis endlich die Tonsillen oder andere inficirte Gebilde innerhalb der Höhlen entfernt worden sind."

6. „Eine sehr häufige Klage über Schling- und Athembeschwerden sowie über andere auf den Hals bezügliche Symptome ist auf Vergrösserung der Schilddrüse zurückzuführen. Druck auf den N. recurrens bedingt Parese oder Paralyse der Stimmbänder, welche, obwohl seltener, derselben Veranlassung ihren Ursprung verdankt. Dieser pathologische Zustand ist vernünftigerweise innerhalb der Grenzen unserer Specialität, und die zu seiner Hebung nothwendige Operation sollte häufiger von uns vorgenommen werden, als dies geschieht."

„Das Gleiche gilt für alle Geschwülste des Halses, sowie für Kiemencysten, sobald dieselben Symptome im Gebiet der Nase, des Halses und der Ohren produciren."

7. „Die verschiedenen äusseren Operationen am Kehlkopf sind sämmtlich von Laryngologen während der letzten zehn Jahre vorgenommen worden. Alles, was ich mit Bezug hierauf zu sagen wünsche, ist, dass die Thatsache beweist, dass sie fähig sind, diese äusserst schwierigen grossen Operationen selbst vorzunehmen."

8. „Die Trachea, Bronchien, Lungen, Oesophagus und Magen, besonders soweit als Untersuchung und Behandlung mittelst der verschiedenen „Scope" (Röhren) in Betrachtung kommen, sind sicherlich innerhalb der Grenzen unserer Specialität und eröffnen ein weites Feld für vorgeschrittene Thätigkeit."

9. „Die zahlreichen Eingriffe an dem äusseren Ohr, wie plastische Operationen und Entfernung von Neubildungen, sind seit einiger Zeit von Otologen mit vortrefflichen Resultaten vorgenommen worden."

10. „Die vielfachen Complicationen einer Infection des Warzenfortsatzes, wie Sinusthrombose, Thrombophlebitis, Gehirnabscesse, Abscesse am Halse als Folge Bezoldt'scher Mastoiditis und Meningitis sind ebenfalls von den Oto-Laryngologen überwunden worden und haben unsere Stellung beträchtlich gehoben."

11. „Die neuroplastische Operation zur Heilung von Paralyse des Facialis ist in der Mehrzahl der Fälle von allgemeinen Chirurgen ausgeführt worden, trotz der Thatsache, dass die Majorität der Fälle entweder mit schweren Läsionen des Schläfenbeins verbunden ist, oder unseren Bemühungen, Ohreneiterungen zu heilen, ihren Ursprung verdankt. Auf Grund persönlicher Erfahrung möchte ich jeden Otologen, der sich angesichts dieser unerfreulichen und äusserst unangenehmen Complication befindet, dazu anregen, diese delicate, schwierige, aber interessante chirurgische Procedur selbst auszuführen."

„Ich habe gegenwärtig hauptsächlich chirurgische Affectionen erwähnt, weil es zuviel Zeit erfordern würde, weiter auf die Frage einzugehen; ausserdem ist es einleuchtend, dass solche andere locale oder allgemeine Maassregeln zu ergreifen sind, wie sie erforderlich werden."

„Und jetzt, meine Herren, wo ich die wichtigsten Zustände aufgezählt habe, auf deren Behandlung die modernen Oto-Rhinologen gefasst sein müssen, wünsche ich meine Gründe zu geben, warum es zu ihrem Vortheil sein wird, dies zu thun":

„Erstens. Auf Grund der Thatsache, dass sie immerwährend darauf eingeübt werden, empfindliche Gebilde zu manipuliren, ist es natürlich, dass ihre Resultate besser sind."

„Zweitens. In vielen der erwähnten Eingriffe, wie bei Wolfsrachen- und Mundoperationen, ist indirecte Beleuchtung mittelst des Spiegels erforderlich und nur diejenigen, welche daran gewöhnt sind, constant den Spiegel zu gebrauchen, können die beste Arbeit leisten."

„Drittens. Indem er seine Thätigkeit auf das begrenzte Feld der Chirurgie des Kopfes und Halses beschränkt, wird der Specialist naturgemäss zu einem Sachverständigen, während diejenigen, welche den ganzen Körper zu behandeln haben, wahrscheinlich nicht die Gelegenheit haben werden, so viele Fälle zu beobachten. Dies hängt natürlich von der Anzahl der Fälle ab, die jeder Einzelne sieht."

„Viertens. Wie schon im Anfange gesagt, sollen die Oto-Laryngologen nicht nur die primären Läsionen, sondern auch die Adnexa und Complicationen behandeln. Alles, was sie zu thun haben, ist, sich in der Technik zu vervollkommnen und die chirurgischen Principien gut zu kennen, da die Anatomie, Physiologie und Pathologie ihnen stets wohl bekannt gewesen sind."

„Ich habe nichts bezüglich der Oto-Rhino-Laryngologen und Ophthalmologen oder der Krankheiten gesagt, welche beiden Abtheilungen gemeinsam sind, weil der Präsident bereits hierauf angespielt hat. Ich möchte aber sagen, dass die Oto-Rhino-Laryngologie kaum je ohne die Mitarbeiterschaft eines Ophthalmologen auskommen kann und umgekehrt."

Hiermit schliesst der amerikanische Autor sein Programm ab. Die Collegialität, welche er in seinem letzten Satze den Ophthalmologen gegenüber zeigt und welche so auffallend mit dem gänzlichen Mangel an Rücksicht contrastirt, der in obiger Ansprache dem allgemeinen Chirurgen gegenüber an den Tag gelegt wird, erklärt sich sehr natürlich daraus, dass diese Ansprache vor der „Academy of Ophthalmology and Laryngology" gehalten wurde, d. h. vor einer Körperschaft, welche beide genannte Specialitäten pflegt. Anderwärts, wo die Verschmelzung derselben bisher nicht erfolgt ist, sind die Gesinnungsgenossen des Redners nicht so rücksichtsvoll gegen die Ophthalmologen: dort wird die „Chirurgie der orbitalen Complicationen" ebenfalls für den Oto-Laryngologen der Zukunft in Anspruch genommen! —

Wir sprechen von „Gesinnungsgenossen" des Autors, da wir wissen, dass es solche allerorts giebt. Kein grösserer Fehler könnte von den Laryngologen alten Stils gemacht werden, als der, obige Ausführungen als den Traum eines vereinzelten Schwärmers zu belächeln und zu glauben, dass man dieselben mit Achselzucken übergehen könne! — Dieselben stellen vielmehr das erste definitive Programm einer weit verbreiteten Richtung dar, und es kann keinem Zweifel unterliegen, dass, wenn auch die Meinungen der Anhänger dieses Programms in Bezug auf einzelne Details auseinander gehen mögen, und wahrscheinlich thatsächlich auseinander gehen, dasselbe doch im Grossen und Ganzen die Ziele und Ideale einer nicht zu unterschätzenden Partei wiedergiebt.

Dies ist der Grund, warum im Obigen das Programm derselben wortgetreu wiedergegeben ist, dies der Grund, warum im Folgenden die Bedenklichkeit desselben dargelegt werden soll. Und wir geben uns der festen Hoffnung hin, dass der Wortführer, dessen Ausführungen wir bekämpfen werden, unsere freimüthigen Aeusserungen ganz und gar nicht im Sinne einer persönlichen Polemik auffassen wird! — Nichts liegt uns ferner als eine solche! — Nicht zwei Personen, sondern zwei Richtungen stehen einander gegenüber. Wenn wir die eine derselben bekämpfen, so geschieht dies, weil sie unserer festen Ueberzeugung nach unheilvoll für die Zukunft unserer Specialität ist, nicht weil wir ihren Wortführer für das verantwortlich machen, was von vielen anderen ebenso lebhaft gewünscht wird, wie von ihm.

Der vorwiegende Eindruck, den der mit der Sache vertraute Leser bei der Lectüre des vorstehenden Programms empfangen haben dürfte, ist wohl der des Erstaunens, wie kurzsichtig die Pläne derjenigen sind, die es leichten Herzens unternehmen, die Grundlagen unserer Specialität zu

verändern, unsere Beziehungen zu anderen Zweigen unserer Wissenschaft und zur Gesammtmedicin zu verschlechtern, den Begriff des Specialismus selbst auf den Kopf zu stellen.

Der Specialismus in der Medicin ist bestenfalls ein notwendiges Uebel. Vom idealen Standpunkte kann kein Zweifel darüber obwalten, dass es wünschenswerth wäre, dass jeder Arzt seine Wissenschaft und Kunst so vollständig beherrschte, dass eine Arbeitstheilung unnöthig wäre. Das ist nun durch den stetig zunehmenden Umfang unseres Wissens und Könnens im Verhältniss zur Kürze unseres Lebens und unserer Studienzeit praktisch unmöglich geworden. Universalgenies wie Albrecht von Haller sind heutzutage kaum mehr denkbar. Zunächst haben sich die theoretischen Fächer von den praktischen allmählich geschieden; dann haben sich die innere Medicin, die Chirurgie und die Geburtshilfe von einander getrennt; dann sind in der Medicin und in der Chirurgie allmählich auf Grund besonderer Veranlassungen Unterabtheilungen entstanden. Solche Veranlassungen waren hauptsächlich die Einführung neuer wichtiger Methoden für Untersuchung und Behandlung, deren Handhabung besondere Uebung und Geschicklichkeit erforderte, wie der Augen-, Ohren-, Kehlkopfspiegel, das Cystoscop etc. Das für die Legitimation dieser Unterabtheilungen als selbstständiger Zweige der Medicin unerlässliche gemeinsame Princip bestand darin, dass diejenigen, die sich der Pflege dieser Methoden gänzlich widmeten, das von ihnen bebaute Feld besser zu bearbeiten im Stande sein mussten, als diejenigen, die nur gelegentlich die betreffenden Methoden ausübten, und dass sie sich, wenn sie die Unterstützung ihrer nichtspecialistischen Collegen erwarteten, auf das von ihnen cultivierte Gebiet beschränkten.

Selbstverständlich bedeutet letzteres nicht eine polizeilich überwachte Grenzsperre. Abgesehen von dem Rechte jedes approbirten Arztes, das gesammte Gebiet der Heilkunde zu bearbeiten, ein Recht, das Niemandem geschmälert werden kann, gehen viele von den Unterabtheilungen der Medicin so allmählich ineinander über, resp. haben so viele Interessen gemeinsam, dass sich eine haarscharfe Grenze zwischen ihnen überhaupt nicht ziehen lässt. Die Selbstbeschränkung der Specialisten auf das von ihnen gewählte Feld war vielmehr eine durchaus freiwillige und war das Ergebniss weisesr Einsicht. Indem der Specialist sich aus eigenem Antrieb enthielt, Leistungen zu unternehmen, die er vielleicht ebenso gut wie ein anderer ausführen konnte, und indem er sich darauf beschränkte, Dinge zu treiben, die er sicher besser thun konnte, als andere, rechnete er auf die Unterstützung der Angehörigen anderer Zweige in seiner Praxis. Indem die letzteren dem Specialisten ihr Vertrauen schenkten und ihm Patienten zuwiesen, deren Krankheiten in sein Gebiet

fielen, erwarteten sie, dass diese Kranken nach ihrer Heilung im Falle anderweitiger Leiden zu ihren ursprünglichen Rathgebern zurückkehren würden. Das war die praktische Grundlage, auf welcher der Specialismus in den neueren, mehr technischen Unterabtheilungen der Medicin entstanden ist; das ist die gesunde Grundlage, auf welcher er noch heute besteht. Es ist der Geist der Collegialität, der diese Beziehungen regulirt, und sie in der That allein möglich macht!

Prüfen wir nun auf Grund dieser Schilderung der Entwicklung und gegenwärtigen Stellung des Specialismus in der Medicin, deren Richtigkeit wohl kaum bestritten werden wird, die Forderungen der neuen „Oto-Rhino-Laryngologie", so stürzen die Bedenken bei der Lectüre des vorstehenden Programms der Reformpartei so haufenweise auf den Leser ein, dass man kaum weiss, wo man anfangen und wo man aufhören soll, Einsprache zu erheben. — Um nur einigermaassen Ordnung in die Fülle dieser Einwürfe zu bringen, wollen wir das neue Programm nach folgenden Gesichtspunkten untersuchen:

1. Die geforderte Veränderung des Umfanges der Specialität und die Willkürlichkeit, mit der die Grenzen ihres Gebiets abgesteckt werden.

2. Die Gründe, auf welche sich die Forderungen stützen.

3. Die gänzliche Umgestaltung der Beziehungen unserer Specialität zur Gesammtmedicin im Falle der Realisation des Programms und die Frage, welches die Stellung der neuen Disciplin im academischen Lehrkörper sein soll, eine Frage, die in dem Programm gar nicht berührt wird.

---

1. Es wird gefordert, dass die „Oto-Rhino-Laryngologie" auch die „Adnexa" und die „Complicationen" einschliessen soll. Die ungemeine Dehnbarkeit dieser Begriffe liegt auf der Hand. Was sind „Adnexa"? — Nur alle räumlich benachbarten oder auch alle anatomisch, physiologisch und pathologisch mit dem Ohr, der Nase und dem Halse in Zusammenhang stehenden Theile? — Was sind „Complicationen?" — Processe, die aus den Krankheiten des Ohres, der Nase und des Halses erwachsen und auf benachbarte oder entferntere Organe übergreifen, oder auch Processe in anderen Theilen, die in ihrem Verlaufe auch Ohr, Hals und Nase afficiren mögen, resp. constitutionelle Leiden, in denen zu irgend einer Zeit ihres Bestehens Erscheinungen von Seiten des Ohres, der Nase oder des Halses auftreten können?

Obwohl das citirte Programm sich über diese Fragen nicht klar auslässt, so geht doch aus den von ihm gegebenen Beispielen klar genug hervor, dass der Ehrgeiz der Reformpartei darauf hinausgeht, alle diese „Adnexa" und „Complicationen" in das Gebiet der neuen Disciplin hinein-

zuziehen. Wir sagen ganz allgemein: „Der neuen Disciplin," weil wir wirklich in Verlegenheit sind, mit welchem bezeichnenden Namen wir sie belegen sollen! — Dass es nicht mehr „Oto-Rhino-Laryngologie" ist, wenn jemand die Resection der Maxilla superior mit Ligatur der Carotis vornimmt, den Wirbelcanal punctirt, die Hasenscharte operirt, die Zunge entfernt, neuroplastische Operationen zur Heilung der Facialisparalyse ausführt, etc. — ist ohne Weiteres einleuchtend. Auch „Chirurgie des Kopfes und Halses" — der von dem Verfasser des Programms selbst wiederholt gebrauchte Ausdruck — reicht offenbar nicht aus, um das Feld der neuen Disciplin zu definiren, denn einerseits macht er das specielle Reservat, dass er nur aus Zeitmangel sich auf die hauptsächlich chirurgischen Affectionen beschränkt habe, und es „einleuchtend" sei, dass „solche andere locale oder allgemeine Maassregeln zu ergreifen seien, wie sie erforderlich werden" — was bei der bequemen Argumentation des Programms vollständig ausreicht, auch alle nicht-chirurgischen „Complicationen" oder „Adnexa" für die Domäne der neuen Disciplin zu fordern, andererseits liegen seinem Raisonnement zufolge ja auch „die Lungen, der Oesophagus und der Magen", besonders soweit als Untersuchung und Behandlung mittelst der verschiedenen „Scope" in Betrachtung kommen, „sicherlich innerhalb der Grenzen unserer Specialität und eröffnen ein weites Feld für vorgeschrittene Thätigkeit."

So sehr wir mit dem Inhalt des letzten Satzes einverstanden sind, so ist es doch klar, dass eine Disciplin, die einerseits auch die nicht-chirurgischen Leiden des Kopfes und Halses, andererseits die Krankheiten der Lunge, der Speiseröhre und des Magens umfassen will, auch einen bezeichnenderen Ausdruck für das Gebiet ihrer Thätigkeit finden muss, als den der „Chirurgie des Kopfes und Halses." — „Specialist vom Scheitel bis zum Nabel" würde schon besser passen. — Aber auch diese Bezeichnung reicht nicht aus, wenn wirklich alle „Adnexa" und „Complicationen" in den Bereich unserer Thätigkeit gezogen werden sollen.

Wir kommen dabei auf die oben erwähnte ganz unverständliche Willkürlichkeit in der Begrenzung des Gebietes der neuen Disciplin, die ihr unreifes Programm characterisirt. Wenn die „Adnexa" uns gehören, wie behauptet wird, warum nicht grade heraussagen, dass das Gehirn, die Augen, die Zähne, Bestandtheile unseres neuen Wirkungskreises sind? — Das Gehirn ist räumlich der Nase, dem Halse, den Ohren benachbart, verschiedene seiner Erkrankungen lösen Complicationen in diesen Theilen aus, wie umgekehrt Krankheiten dieser Organe auf das Gehirn übergreifen können. — Die Beziehungen der Augen zur Nase sind im Laufe der letzten Jahre so vielfach Gegenstand literarischer Thätigkeit gewesen, und es ist eine so formidable Liste von Krankheiten aufgestellt

worden, die von der Nase ausgehend Augenkrankheiten bedingen können, dass, wenn der Verfasser obigen Programms hätte consequent sein wollen, er seinen Forderungen getreu kurzweg auch die Augenkrankheiten hätte für die neue Specialität reclamiren müssen, statt im Schlusssatze überraschenderweise zu sagen, dass der Oto-Rhino-Laryngologe kaum je ohne die „Mitarbeiterschaft" des Ophthalmologen auskommen könne und umgekehrt. Wenn hier eine „Mitarbeiterschaft" des Angehörigen einer anderen Specialität zugestanden wird, warum wird dem allgemeinen Chirurgen eine solche „Mitarbeiterschaft" verweigert, und schlankweg zur Annexion seines Gebietes aufgefordert? — Und weiter: wir sollen den Oberkiefer reseciren, Epulis, Affectionen des Zahnfleisches, paradentäre und zahnenthaltende Cysten, Fracturen und Dislocationen, Periostitis und Necrose der Kieferknochen behandeln. Warum machen wir denn bei den Zähnen selbst Halt? — Auch zu deren Behandlung gehört ja „Delicatesse der Manipulationen" und gelegentlicher „Gebrauch des Spiegels!" Also: Fort mit dem Zahnarzt! — Mit dieser Logik, die an die berühmte Ableitung: „ἀλώπηξ, pix, pax, pux, Fuchs!" erinnert, lässt sich ebenso gut die Behandlung der Hypophysiskrankheiten, oder die Exstirpation des Ganglion Gasseri für den „Oto-Rhino-Laryngologen" fordern. Und selbst hiermit ist die Absurdität noch nicht am Ende angelangt. Da wir in Zukunft ja alle „Complicationen" selbst behandeln sollen, so ist es nur selbstverständlich, dass, wenn ein Pemphigus in der Nase oder im Halse beginnt, die Behandlung in den Händen des „Rhino-Laryngo-Otologen" bleibt, auch wenn in späteren Stadien die Schleimhautsymptome vollständig hinter den Manifestationen auf der äusseren Haut zurücktreten. Und da wir weder vor der Punktion des Wirbelcanals noch vor der Entfernung der Schilddrüse zurückschrecken dürfen, so folgt natürlich, dass wenn ein unter unserer Behandlung stehendes Oesophaguscarcinom die Gastrostomie erfordert, diese Operation von uns selbst vorgenommen wird, ebenso wie, dass, wenn bei einer mit Kehlkopftuberculose behafteten Patientin die Einleitung der künstlichen Frühgeburt indicirt erscheint, es der „Oto-Rhino-Laryngologe" ist, der diese Operation ausführt! — Und das nennt sich noch „Specialität!" — Schliesslich werden wir bei dieser Behandlung der „Adnexa" und „Complicationen" bei der Definition des alten englischen Chirurgen anlangen, der auf die Frage, was ein chirurgischer Fall sei, ohne Zögern erwiderte: „Jeder, der ein Honorar bezahlt." — —

2. Prüft man nun die Gründe, auf welche die Forderungen der Reformpartei sich stützen, so weiss man nicht, ob man mehr über deren sachliche Aermlichkeit oder über die Kurzsichtigkeit staunen soll, mit der Argumente verwendet werden, die bei näherer Analyse ihre Spitze direkt gegen die Sache kehren, der sie dienen sollen.

Da wird zunächst behauptet, dass auf Grund ihrer Uebung in der Manipulation empfindlicher Gebilde es natürlich sei, dass die Resultate der Specialisten besser seien. — Von welchen Gebilden und von welchen Resultaten wird da gesprochen? — Wenn diejenigen Gebilde gemeint sind, welche eine ganz specielle Technik erfordern (wie etwa die intralaryngeale Operation gutartiger Kehlkopfneubildungen), und welche sich bereits seit 50 Jahren unangefochten in unserem Besitze befinden, so wird das Niemand bestreiten; wenn aber die neuen Dinge in Frage kommen, die jetzt für die „Oto-Rhino-Laryngologie" reclamirt werden, so schwebt die Behauptung, dass die Resultate der Laryngologen „besser" seien, vollständig in der Luft und stellt ausserdem — bewusst oder unbewusst — eine Beleidigung derer dar, in deren Händen sich die betreffenden Operationen befunden haben, und denen bisher unseres Wissens nach niemals Mangel an Geschicklichkeit hat vorgeworfen werden können! — Und ausserdem: welche Logik! — Verleiht blosse „Uebung in der Manipulation empfindlicher Gebilde" Anspruch auf Usurpirung anderer Gebiete, so dürfte der Augenarzt ein Recht haben, die gesammte Chirurgie als seine legitime Domäne zu betrachten!

Ferner heisst es, dass in „vielen" der erwähnten Eingriffe, wie bei Wolfsrachen- und Mundoperationen indirecte Beleuchtung mittelst des Spiegels erforderlich sei, und dass nur diejenigen, welche daran gewöhnt seien, constant den Spiegel zu gebrauchen, die beste Arbeit leisten könnten. — Darauf ist zu erwidern, dass die Wolfsrachen- und Mundoperationen nach der eigenen Liste des Programms nur einen ganz geringen Bruchtheil derjenigen Eingriffe darstellen, welche jetzt für die neue Disciplin gefordert werden, und dass Wolfsrachenoperationen, wie überhaupt Operationen am harten und weichen Gaumen, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch unbestritten, von jeher zu denjenigen Operationen gehört haben, die von Laryngologen ausgeführt worden sind. Für die grosse Mehrzahl der neu reclamirten Operationen aber ist das Spiegelargument ganz unverwendbar, da bei denselben Spiegel gar nicht oder nur ganz ausnahmsweise zur Verwendung kommen.

Sodann wird uns gesagt, dass der Specialist, indem er seine Thätigkeit auf das begrenzte Feld der Chirurgie des Kopfes und Halses beschränke, naturgemäss zu einem Sachverständigen werde, während diejenigen, welche den ganzen Körper zu behandeln hätten, wahrscheinlich nicht die Gelegenheit haben würden, so viele Fälle zu beobachten. Freilich fügt der Autor hinzu, dass dies natürlich von der Anzahl der Fälle abhänge, die jeder Einzelne sehe. — Dieses Argument hat insofern etwas unwillkürlich Komisches, indem der letzte Satz den vorhergehenden einfach aufhebt. — Aber auch abgesehen hiervon ist über die ganze Behauptung zu sagen, dass der Specialist, so lange er sich mit dem wirklichen Gebiet seiner

Specialität begnügt, in der That ein Sachverständiger ist, während er diese Eigenschaft **verliert**, sobald er sich auf Gebiete begiebt, mit denen er nur ganz gelegentlich in Berührung kommt. — Ferner ist bei der ganzen Bewegung nicht von einer **Beschränkung**, sondern von einer **Ausdehnung** die Rede, und zwar begreift diese Ausdehnung, wie wir oben gezeigt haben, nicht nur die „Chirurgie des Kopfes und Halses", sondern die medicinische und chirurgische Behandlung der meisten Leiden der oberen Hälfte des Körpers in sich, wenn letzteres auch nicht so direct ausgesprochen wird, wie ersteres. Dass dabei der ganze Begriff des Specialismus auf den Kopf gestellt wird, und der Anspruch auf „Sachverständigkeit" in sich zusammenfällt, ist selbstverständlich. Ausserdem muss bestritten werden, dass — wenigstens gegenwärtig — der Specialist die Gelegenheit hat, viele Fälle zu beobachten, die nicht zu dem eigentlichen Gebiet seiner Specialität gehören. Gelegentlich bekommt man ja auch fernliegende Dinge zu sehen; wie selten das aber ist, erhellt am besten aus den statistischen Berichten der laryngologischen Kliniken der verschiedensten Länder, in welchen man nur in Ausnahmefällen, resp. in verschwindend kleiner Anzahl, die Namen vieler von den Leiden und Operationen genannt finden wird, die jetzt für die neue Disciplin reclamirt werden.

Das Wunderbarste und für die eigene Sache gefährlichste Argument ist jedenfalls das letzte der ins Feld geführten. Die Oto-Laryngologen sollen nicht nur die primären Läsionen, sondern auch die Adnexe und Complicationen behandeln, deren Anatomie, Physiologie und Pathologie ihnen angeblich „stets wohl bekannt" gewesen seien. „Alles was sie zu thun haben, ist, sich in der Technik zu vervollkommnen und die chirurgischen Principien zu kennen." — Bei oberflächlicher Lectüre scheint die Aufgabe einfach genug; denkt man aber über den Sinn dieser Sätze nach, so drängen sich einem die beiden Fragen auf: Woher stammt die angebliche intime Kenntnis — wir sprechen natürlich nicht von der **allgemeinen** Kenntniss, die jeder praktische Arzt von der Anatomie, Physiologie und Pathologie des ganzen Körpers besitzt, sondern von der **speciellen** Kenntniss, welche das Attribut der Sachverständigkeit rechtfertigt — welche die Oto-Laryngologen schon jetzt von der Anatomie, Physiologie und Pathologie der verschiedenen „Adnexa" und Organe, in denen „Complicationen" erfolgen können, angeblich besitzen sollen? — Und zweitens: **wann** und **wie** sollen sie sich „in der **Technik** vervollkommnen"? — Es ist in der That merkwürdig, dass die Himmelstürmer nicht sehen, dass sie hier ihre eigene Achillesferse berühren! — Dass die blosse officielle Ausbildung während der Studienjahre nicht ausreicht, um jemanden zu der wirklich sachverständigen Vornahme solcher Operationen, wie sie von jetzt

an zum Gebiet der Oto-Laryngologie gehören sollen, zu qualificiren, wird wohl allerseits zugestanden werden, und wird thatsächlich durch die Aufforderung zu weiterer „technischer Vervollkommnung“ bestätigt. Aber wie und wann sollen sich die Oto-Laryngologen, so fragen wir wiederholt, dieselbe aneignen? — Ja, wenn es gesetzlich geregelt werden könnte, dass jedermann, ehe er berechtigt ist, den Titel „Oto-Laryngologe“, oder den Titel „Specialist für Krankheiten der oberen Körperhälfte“, oder welchen anderen Titel man der neuen Disciplin geben will, zu führen, nach Ablegung seines Staatsexamens verpflichtet würde, eine Periode von mindestens 2—3 Jahren als officieller Assistent (mit der Befugniss grössere Operationen selbst auszuführen) an einer grossen chirurgischen Klinik zuzubringen; dass er während dieser Zeit die Anatomie, Physiologie und Pathologie der „Adnexa“ und „Complicationen“ besonders studiren müsse; und dass es ihm erst nach Ablegung eines speciellen Examens bezüglich seines speciellen Wissens und fachmännischen Könnens in den Dingen, die er später als Specialist betreiben wolle, gestattet sein solle, den betreffenden Specialtitel zu führen, — dann läge die Sache anders! — Heute aber, wo man schon bei dem gegenwärtig begrenzteren Umfang der beiden Specialitäten immer wieder die Erfahrung macht, dass Leute sich Specialisten nennen, denen keine Specialbildung zur Seite steht, wo die Klage über das „Sechswochenspecialistenthum“ immer lauter aus den Reihen der Specialisten selbst erschallt, eine grosse Anzahl von neuen Dingen, die nur auf Grund Jahre langer specieller Ausbildung wirklich fachmännisch betrieben werden können, für unsere Specialität zu reclamiren, ist einfach widersinnig und läuft dem ganzen Grundbegriff des medicinischen Specialismus stracks zuwider.

Ueberhaupt ist hier der Ort, die Herren von der Reform auf eine grosse und wirkliche Gefahr für unsere Specialität aufmerksam zu machen, die sie heraufbeschwören, deren sie aber, soweit wir sehen können, überhaupt nicht gewahr sind: die Gefahr der Verflachung unserer Thätigkeit zu Gunsten ihrer Verbreiterung! — Wir haben bisher unsere Erfolge durch liebevolle Vertiefung in unser kleines Gebiet erreicht. Mit seiner, bisher durchaus legitimen, allmählichen organischen Erweiterung ist es schwerer und schwerer geworden, sich selbst in diesem beschränkten Gebiete in allen Punkten vollständig auf der Höhe zu erhalten, das ganze Gebiet seiner immer mehr anschwellenden und sich immer mehr zersplitternden Literatur zu beherrschen, wirklicher Meister der immer mehr sich verfeinernden Technik, der in immer grösserer Zahl auftauchenden neuen Untersuchungs- und Operationsmethoden zu bleiben. — Jetzt soll nun der Umfang dieses Gebietes bis ins Ungemessene erweitert werden, ohne dass die geringste Bürgschaft dafür geboten wird, dass diejenigen,

welche sich ihm widmen, die unerlässliche specielle Vorbildung in den neuen Dingen erhalten haben, die ihm angegliedert werden sollen, und ohne die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich die technische Vollkommenheit, die von einem „Specialisten“ verlangt werden darf, nach ihrem Eintritt in die specialistische Laufbahn aneignen werden, da trotz der gegentheiligen Behauptungen das sich ihnen darbietende Material in der Behandlung der „Adnexa“ und der „Complicationen“ an den weitaus meisten Specialkliniken voraussichtlich ein viel zu geringes bleiben wird, um auf seiner Grundlage wirkliche Meisterschaft zu erringen. — Es gehört nicht viel Prophetengabe dazu, vorauszusehen, dass bei einer Verfolgung dieser Ziele der Oberflächlichkeit, dem Dilettantismus in die Hand gearbeitet, die wirkliche Aufgabe der Specialität immer mehr in den Hintergrund gerückt werden wird. Der ehrgeizige junge Specialist wird es für seine Pflicht halten, seine Thätigkeit besonders auf denjenigen neuen Gebieten zu bethätigen, auf denen wir überhaupt nicht mit den Angehörigen anderer Zweige rivalisiren sollten, um zu zeigen, dass er auf der Höhe der Situation stehe. Unsere Specialgesellschaften, unsere Specialjournale werden immer mehr ihren eigentlichen Charakter verlieren und Dinge bringen, die naturgemäss in das Gebiet der allgemeinen Chirurgie und Medicin gehören. Die Betten in den Specialkliniken werden immer häufiger für Fälle in Anspruch genommen werden, die garnicht in das eigentliche Gebiet der Specialität fallen. Spuren von allem diesen lassen sich von dem aufmerksamen Beobachter schon heute entdecken. Schliesslich wird die Specialität so weitgehende Ansprüche machen, dass sie überhaupt aufhört, Specialität zu sein. Weit von diesem Ende wäre sie schon jetzt nicht, wenn das amerikanische Programm und die Bestrebungen Gleichgesinnter in anderen Ländern zum officiellen Schlachtruf der Angehörigen unseres Faches erhoben würden. — Und das soll ein Fortschrittt sein? — Es ist der Gipfelpunkt solcher Verblendung, wie sie nach dem altrömischen Sprichwort der Vernichtung vorhergeht!

3. In innigem Zusammenhange mit den letzten Ausführungen steht die letzte hier noch zu besprechende Frage: die unausweichliche gänzliche Umgestaltung der Beziehungen unserer Specialität zur Gesammtmedicin im Falle der Realisation des Reformprogramms, und die Erwägung, welches die Stellung der neuen Diciplin im academischen Lehrkörper sein soll? — Es ist bezeichnend für die Unreife der ganzen Bewegung, dass das Programm kein Wort über diese Grundfragen enthält. — Es wird anscheinend naiver Weise angenommen, dass die angestrebten Ziele sich verwirklichen liessen, ohne dass die Angehörigen anderer Zweige, selbst der direct durch die rücksichtlosen Forderungen der Reformpartei betroffenen, überhaupt um ihre Ansicht gefragt würden, resp. ein Wort zur Vertheidigung ihrer eigenen

gefährdeten Interessen zu sagen hätten! — Hier wird die neue Bewegung geradezu gemeingefährlich, und hier wird ein Protest aus der Mitte der Specialität selbst zur directen Pflicht!

Noch einmal muss an dieser Stelle, um jeder Missdeutung vorzubeugen, nachdrücklich betont werden, dass niemand daran gedacht hat, oder denkt, dem einzelnen Laryngologen vorschreiben zu wollen, was die Grenzen seiner Thätigkeit sein sollen! — Das wäre ebenso lächerlich als anmaassend, und wiederspräche dem Geist freier Wissenschaft! — Victor von Bruns ist allgemeiner Chirurg geblieben, auch nachdem er der Vater der intralaryngealen Chirurgie geworden war; Carl Gerhardt und Hugo von Ziemssen haben nicht ihre klinischen Professuren niederlegt, weil sie sich mit Vorliebe mit Laryngologie beschäftigten. Noch heute sind mehrere der ausgezeichnetsten britischen Laryngologen gleichzeitig innere Kliniker oder Chirurgen. Die Combination der Laryngologie mit der Otologie ist in der Praxis häufiger als das Alleinbetreiben einer dieser Specialitäten. In Amerika tritt vielfach noch die Ophthalmologie hinzu. Noch seltenere Combinationen, wie die der Laryngologie mit der Dermatologie, sind nicht unerhört. So soll es auch bleiben! So wenig es dem einfachen praktischen Arzt verwehrt werden kann, selbst die Ovariotomie vorzunehmen, den Kehlkopf zu exstirpiren, den Staar zu stechen, eine Gehirngeschwulst zu entfernen, so wenig darf der Laryngologe als Individuum in der Festsetzung seines persönlichen Wirkungskreises behindert werden. Wenn ein Halsarzt, dem eine gründliche chirurgische Vorbildung zur Seite steht, alle in dem obigen Programm genannten und ausserdem alle ganz ausserhalb des laryngologischen Gebietes stehenden Operationen, die der Zufall ihm zuführt, selbst ausführen will, so hat Niemand das Recht, ihm dreinzureden. Wenn ein anderer, der eine solche Vorbildung nicht besitzt, aus falschem Ehrgeiz oder aus materiellen Gründen, die ja bei der ganzen Frage, wenn auch unausgesprochen[1]), eine so grosse Rolle spielen, die dilettantenhafte Vornahme einiger weniger Operationen, die sich ihm gelegentlich bieten, der Mitwirkung des allgemeinen Chirurgen und dem Vertrauen der praktischen Aerzte vorzieht, so hat er das mit seinem Ge-

1) Fast gleichzeitig mit dem Vortrag des amerikanischen Vorkämpfers der neuen Richtung hat ein Landsmann von ihm, ein bekannter amerikanischer Ophthalmolog, einen Artikel unter dem Titel: „Augenarzt und Ohrenarzt, oder Augenarzt und innerer Kliniker — welches von beiden soll es sein?“ („Oculist and Aurist or Oculist and Physician — Which?“ „Ophthalmoscope“ Jan. 1909) veröffentlicht, in welchem er die Frage bespricht, ob der Augenarzt seine Specialität mit der des inneren Klinikers, oder mit der des Rhino-Oto-Laryngologen vereinigen soll. Auf Grund wissenschaftlicher Erwägungen befürwortet er im Ganzen mehr die erstgenannte Eventualität.

Das „British Medical Journal“, das diesen Artikel in der Nummer vom 27. März 1909 einer redactionellen Besprechung unterzieht, sagt mit dürren Worten,



wissen abzumachen, und die Folgen etwaiger Fehlschläge persönlich auf sich zu nehmen. Das sind Dinge, die die Laryngologie als Körperschaft nicht berühren. Wenn aber die verblendete Behauptung aufgestellt wird, dass alle möglichen Dinge, mit denen die Laryngologie je einmal in Berührung kommt, zu ihrer Domäne gehören, und wenn auf Grund dieser Behauptung Forderungen aufgestellt werden, welche die legitimen Rechte anderer Zweige der Medicin aufs Bedenklichste beeinträchtigen, und einen berechtigten Sturm des Unwillens aus allen Kreisen unserer Wissenschaft gegen unsere Specialität als solche heraufbeschwören müssen, — dann ist die Zeit zu einem Worte ernstester Warnung gekommen und dieser Warnung sind die nächsten Zeilen gewidmet.

Welche Stellung auch immer einige Laryngologen sich persönlich errungen haben mögen, es kann kein Zweifel darüber obwalten, dass unsere Specialität als solche keine populäre ist. Die seit fast 30 Jahren sich immer wiederholenden Kämpfe um eine selbstständige und würdige Stellung bei den internationalen Congressen, die Schwierigkeit, mit der wir nur ganz langsam und allmählich uns eine sehr bescheidene Position an Universitäten und Hospitälern, im Lehrfach und bei den Prüfungen erworben haben, können auch dem optimistischsten Laryngologen keine Illusion über diese Thatsache gelassen haben. Die Heidelberger und Greifswalder Vorgänge im letzten Jahre, die Schilderung, die das British Medical Journal ungefähr gleichzeitig von den gegenwärtigen Zuständen in England entworfen hat, und die in der Januarnummer des Centralblatts wiedergegeben ist, müssen auch dem Vertrauensseligsten gezeigt haben, wie unsicher die Stellung der Laryngologie selbst an den Plätzen ist, wo sie seit vielen Jahren völlig gefestigt erschien. Die neuerliche Agitation für die „Verschmelzung“ der Laryngologie mit der Otologie hat — endlich! — wie die verschiedenen Publikationen über diese Frage zeigen, auch in weiteren Kreisen zu derjenigen Beunruhigung über die weitere Existenz der Laryngologie als einer unabhängigen Specialität geführt, die Fernersehende schon seit lange empfunden haben, deren Warnungsrufe aber stets mit ungläubigem Lächeln aufgenommen worden waren. —

Und diesen Zeitpunkt halten die Heisssporne in unserem Lager für den geeigneten, um mit Forderungen hervorzutreten, die den ganzen Charakter unserer Specialität von Grund aus verändern, die in rücksichtslosester Weise den Besitz anderer Zweige der Medicin bedrohen, die uns

---

dass es sich bei der ganzen Frage darum handelt, wie der Ophthalmolog ein Einkommen erzielen könne, und räth ihm, falls er nicht von den Erträgnissen seiner augenärztlichen Praxis existiren könne, lieber die Oto-Rhino-Laryngologie mit hinzuzunehmen, statt in der allgemeinen Medicin „herumzudilettantiren“, da er in letzterem Falle nicht auf Unterstützung seiner ärztlichen Collegen rechnen könne. Also vollständig der Standpunkt, der in unserem eigenen Artikel eingenommen ist! —

die Sympathieen auch unserer Freunde entfremden müssen, während sie den Gegnern Waffen gefährlichster Art in die Hände geben! — Kann selbstmörderische Verblendung weiter gehen? — Als wir im vorigen Jahre hörten, dass der Grund der beharrlichen Opposition der Heidelberger Facultät gegen jede gedeihliche Entwicklung der Laryngologie an der dortigen Universität der gewesen sei, dass diese Doctrin „dem Interesse der klinischen Institute widerstrebe, und bei weiterem Fortschritt noch mehr widerstreben würde", da waren wir alle — und derzeit anscheinend mit gutem Recht — entrüstet über die Engherzigkeit, welche aus dieser Begründung zu sprechen schien. Wer von uns aber — Hand auf's Herz — wird Angesichts des obigen Programms (das, wie wir hier noch einmal auf Grund positiven Wissens hervorheben, nicht die Träume eines vereinzelten Enthusiasten, sondern die Ziele einer ganzen Anzahl von Specialisten darstellt) den Vorwurf der Engherzigkeit aufrecht zu erhalten wagen? — Haben nicht vielmehr die Herren von der Heidelberger Facultät nunmehr ein gutes Recht, zu sagen, dass sie die eigentlichen, früher nicht eingestandenen, jetzt aber öffentlich proklamierten Ziele der Laryngologie früher erkannt hätten, als die gemässigten Laryngologen selbst; dass sie nach dem Grundsatze „Principiis obsta" verfahren hätten; dass es ihre **Pflicht** gewesen sei, die ihnen anvertrauten klinischen Institute gegen die Uebergriffe des Specialistenthums zu schützen? —

Und ferner: sehen denn diejenigen, welche so unbedachte Forderungen aufstellen, die mit Nothwendigkeit einen grossen und einflussreichen Theil des ärztlichen Standes gegen uns aufbringen müssen, nicht ein, dass sie die geduldigen und wahrlich nicht erfolglosen Bestrebungen jener zunichte machen, die seit vielen Jahren an der Hebung der Stellung der Laryngologie gearbeitet haben? — Wenn künftighin selbst die **legitimsten** Wünsche behufs Verbesserung unserer Stellung an den Universitäten und Hospitälern, im Lehrfach und bei den Prüfungen vorgebracht werden, so wird ihnen naturgemäss Misstrauen entgegen getragen werden, und die maassgebenden Körperschaften werden sich ihnen resolut widersetzen, da sie in ihnen nur Anfänge zu weiteren Forderungen sehen dürften. Der praktische Arzt, der Chirurg, der innere Kliniker, der Ophthalmologe, der Zahnarzt, in deren praktische Thätigkeit die neuen Forderungen so rücksichtslos eingreifen, wird sich besinnen, ob er seine Kranken in einschlägigen Fällen einem Manne anvertrauen soll, der sich zwar noch Specialist nennt, in Wirklichkeit aber nicht mehr ein solcher ist. — Und welche Stellung soll denn der Vertreter der neuen Disciplin im **Lehrfach** einnehmen? Soll er auch über die „Adnexa" und die „Complicationen" vortragen, über die Exstirpation der Schilddrüse, die neuroplastischen Operationen am Facialis, die Punktion des Wirbelcanals, die Fracturen der Kiefer, die Chirurgie der

Orbita, die Hasenscharten, die paradentären Cysten etc. etc. lesen, un dabei auf Schritt und Tritt in das legitime Gebiet des einen oder andere Collegen übergreifen? — Kann man wirklich glauben, dass die Betroffene sich das ruhig gefallen lassen, dass sie nicht Repressivmassregeln ergreife werden? — Kurzum, es ist der sich hier aufdrängenden Fragen wichtigst Natur kein Ende. Das Ergebniss von dem allen kann nur das sein, da das für das Gedeihen jeder Specialität unerlässliche collegiale Verhältnis Virchow's „gegenseitige Unterstützung" der einzelnen Fächer aufhört, un dass der Kampf aller gegen alle beginnt!

Fürwahr es ist Zeit, dass die Laryngologie sich auf sich selbst be sinnt. Die Situation spitzt sich immer mehr zu der Alternative zu: For fahren in den natürlich entstandenen, bewährten Bahnen mit Fortschri entlang den Linien, welche sich aus der Weiterentwicklung der specielle Technik ergeben, mit freiwilliger Selbstbeschränkung auf das wirklicl Gebiet der Rhino-Laryngologie, mit harmonischem Zusammenarbeiten m anderen Zweigen der Medicin, und mit entschiedenster Vertheidigung de Selbstständigkeit unserer Specialität, oder — „Verschmelzung" mit de Otologie (resp. „Angliederung" an dieselbe) dann, in absehbarer Zeit. Ve suche, alles was in näherem oder entfernterem Zusammenhange mit unsere Fache steht, an uns zu reissen, immer zunehmende Entfremdung zwische uns und den Autoritäten der Gesammtmedicin, und immer grössere En fernung von dem Charakter einer legitimen medicinischen Specialität. - Die Wahl, dächten wir, sollte nicht zweifelhaft sein. Aber wir stehen a Scheidewege.

III. Die Thätigkeit des Centralblattes im ersten Vierteljahrhunde seiner Existenz.

Das Centralblatt stellte sich bei seiner Gründung die Aufgabe, „eine Mittelpunkt für die Interessen der Laryngologie" zu bilden. Es wollte „dem beschäftigten Kehlkopfarzte ermöglichen, sich mit den neuesten For schritten unserer Wissenschaft vertraut zu erhalten" und „den Specialiste selbst Gelegenheit zum Meinungsaustausch untereinander geben."

Wie weit ihm dies gelungen ist, soll der folgende Bericht zeigen, d in kurzen Zügen zunächst die wissenschaftliche, dann die socialpolitiscl Thätigkeit des Blattes Revue passiren lassen, und sich schliesslich m seinem Schmerzenskinde, dem „Briefkasten" beschäftigen wird.

1. Die wissenschaftliche Thätigkeit des Centralblatts.

Das Centralblatt hat in den 25 Jahren seiner Existenz 45935 Refera über kürzere, in Zeitschriften veröffentlichte oder in Versammlungen zu Kenntniss gebrachte Arbeiten gebracht.

Während derselben Zeit sind 329 Lehrbücher, Monographien und grössere Aufsätze kritischen Besprechungen unterzogen worden, die — wie im Prospect des Unternehmens versprochen — nicht nur aus den Federn der ständigen Mitarbeiter stammen, sondern zum grossen Theile von anerkannten Führern aller Länder, die nicht zu dem regelmässigen Stabe des Blattes gehören, mit dankbarst anzuerkennender Bereitwilligkeit übernommen worden sind.

Die Sitzungen laryngologischer Congresse und Sectionen sind, wann immer dies angängig war, von den betreffenden Präsidenten oder Secretären referirt worden, um authentische Berichte zu ermöglichen. Auch diesen Herren gebührt unser bester Dank. — Die Gesammtzahl der Congresse — abgesehen von den internationalen medicinischen Congressen, über deren laryngologische Sectionen mit besonderer Ausführlichkeit berichtet worden ist — Gesellschaften, Sectionen, speciellen Zusammenkünfte etc., auf die sich unsere Berichte erstreckt haben, beträgt 36.

Im Beginne jedes Jahrganges ist ein statistischer Bericht über die rhinolaryngologische Literatur des Vorjahres gegeben worden, der die Theilnahme der einzelnen Länder an der Gesammtproduction illustrirt und interessante Streiflichter auf die Fragen geworfen hat, die zur Zeit im Vordergrunde der Arbeit unserer Specialität standen.

Den in dem verflossenen Vierteljahrhundert verstorbenen Fachgenossen sind, soweit uns bezügliche Information zugängig war, ausführliche oder kürzere Nekrologe gewidmet worden. Der Namen von Louis Elsberg, Ernst Burow, Edouard Fournié, A. Böcker, W. Hack, Rafael Ariza, Rud. Voltolini, Z. Jélenffy, P. O. Michelson, Morell Mackenzie, Franklin Hooper, Johann Schnitzler, Jacob Gottstein, Wilhelm Meyer, Ch. Fauvel, George Johnson, G. Levin, M. J. Oertel, Joseph Michael, Joseph O'Dwyer, A. Kanthack, Carl Stoerk, Max Schaeffer, A. Gonguenheim, Hugo v. Ziemssen, F. Semeleder, C. Gerhardt, Morris Asch, Philip Smyly, Otto Beschorner, Franz Riegel, Philipp Schech, J. A. Killian, W. Spencer Watson, Ottomar Rosenbach, E. Urunuela, Moritz Schmidt, A. v. Tobold, Leopold v. Schroetter und von den nicht zur engeren Laryngologie gehörenden, aber um dieselbe hochverdienten Rudolf Virchow, Eugen Hahn, A. G. Guye, Joh. v. Mikulicz, E. v. Bergmann, und vor allen: des Vaters der Laryngologie, unseres unvergesslichen Manuel Garcia — muss hier dankbar und trauernd gedacht werden. Sie alle haben zur Entwicklung der Laryngologie Wesentliches, viele von ihnen Massgebendes beigetragen. Es ziemt sich, dass bei einer Gelegenheit, wie der gegenwärtigen, die Erinnerung an ihr Wirken bei den Lebenden erneuert wird. —

Abgesehen von seiner ständigen Thätigkeit hat das Centralblatt periodisch wissenschaftliche Fragen von actuellem Interesse in den Kreis seiner Thätigkeit gezogen.

Der wichtigste Beitrag, den es in dieser Beziehung geleistet hat, ist die internationale Sammelforschung, die es im Jahre 1887 zur Lösung der Frage unternahm, ob thatsächlich, wie damals behauptet wurde, gutartige Kehlkopfgeschwülste nicht selten einen bösartigen Charakter in Folge des durch intralaryngeale Entfernungsversuche gesetzten Reizes annehmen. Dank der Unterstützung, welche uns von 105 der hervorragendsten Laryngologen der Welt durch Mittheilung ihrer einschlägigen Erfahrungen zu Theil wurde, konnte diese Frage auf Grund eines grossartigen Materials und kritischer Sichtung desselben mit voller Bestimmtheit verneinend beantwortet werden. Neben ihrem Hauptzweck förderte die Sammelforschung eine Fülle lehrreichster Ergebnisse bezüglich der Symptome, Diagnose Pathologie und Therapie des Kehlkopfkrebses zu Tage, welche von dauerndem Werth für die Erkennung und Behandlung dieser Krankheit geblieben sind.

Von anderen wissenschaftlichen Fragen, welche Gegenstand ausführlicher Erörterungen gewesen sind, seien genannt: „Ueber die Titel laryngologischer und rhinologischer Publicationen" (1884). „Die Krankheit Kaiser Friedrich's III. und die Laryngologie" (1888). „Ueber die centrale motorisch Innervation des Kehlkopfs" (1890). „Das Tuberculin in der Laryngologie (1891). „Der Unterricht in der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin" (1892). „Literarische Ethik" (1894). „Die anatomisch Nomenclatur" (1895). „Die Königliche Universitätsklinik und -poliklini für Hals- und Nasenkranke zu Berlin" (1901). „Die Beziehungen d Laryngologie zur Gesammtmedicin" (1903). „Was leistet die heutig Laryngologie?" (1903). „Ueber die Beziehungen von Laryngologie, Rhino logie und Otologie zu anderen Künsten und Wissenschaften" (1904). „Ueb die Urheberschaft der Laryngoskopie" (1906). „Die rhino-laryngologisch Ausstellung zu Ehren von B. Fränkel's 70. Geburtstag" (1907). „D Entwicklung der Laryngologie und Rhinologie bei den einzelnen Nati nalitäten" (1908). — Ausserdem sind verschiedene Aufsätze veröffentlic worden, die gemischt-wissenschaftlichen und socialpolitischen Inhalts ware bei denen aber das letztgenannte Element das wichtigere war. Dieselb sollen daher im nächsten Abschnitt Erwähnung finden.

2. Die socialpolitische Thätigkeit des Centralblatts.

Im Prospect des Centralblatts wurde es als eine der ersten Aufgab des Unternehmens bezeichnet, den Lesern in einer Serie von Leitartik ein möglichst objectives Bild von der Stellung, welche die Laryngolog

im Jahre 1884 in den verschiedenen grossen Culturländern einnahm, zu geben. Diese Aufgabe wurde in den Jahren 1884—87 erfüllt, und die Summe der verschiedenen, aus competenten Federn stammenden Berichte in dem Leitartikel der Augustnummer 1887 „Die gegenwärtige Stellung und die nächsten Aufgaben der Laryngologie" gezogen. Wenn heute — wie dies gar nicht unwahrscheinlich ist — der Vorwurf der Schwarzseherei gegen uns erhoben werden sollte, so brauchen wir nur auf diesen Artikel zu verweisen. Er zeigt, dass wir schon damals, vor 22 Jahren, die Gefahren, welche der Entwicklung der Laryngologie drohten, klar erkannt haben. Diese Gefahren haben sich seither verwirklicht. — Belehrenden Aufschluss über die äusseren Veränderungen, die in der Stellung der Laryngologie bei den einzelnen Nationalitäten zwischen 1884 und 1908 vor sich gegangen sind, giebt ein Vergleich der früheren Schilderungen mit dem im vorigen Jahre im Centralblatt veröffentlichten, bereits erwähnten Artikel aus der Feder des Collegen Sendziak.

Kaum zwei Jahre nach der Gründung des Centralblattes wurde es unsere unliebsame Pflicht, gegen die Willkürlichkeit Verwahrung einzulegen, mit welcher die Laryngologie gelegentlich des internationalen Congresses in Washington behandelt wurde. Dies war nur der Anfang eines periodisch wiederkehrenden Kampfes um die Selbstständigkeit und würdige Stellung der Laryngologie bei diesen Gelegenheiten. Nur in Berlin (1890) und in Budapest (1909) wurde uns eine solche Stellung widerstandslos bewilligt; bei allen anderen internationalen Congressen galt es, unsere Position immer von Neuem wieder, nicht selten gegen erbitterten Widerstand, zu erringen. In allen diesen Kämpfen hat das Centralblatt, unterstützt von hervorragenden Laryngologen und laryngologischen Gesellschaften aller Länder, sowie später auch von einflussreichen nichtspecialistischen Fachgenossen und medicinischen Journalen die Fahne der Laryngologie hochgehalten und fast ausnahmslos zum Siege geführt. Bei der einzigen Gelegenheit (Lissabon 1906), bei welcher sich die localen Autoritäten hartnäckig unseren Gründen verschlossen, errangen sie nur einen Pyrrhussieg. Die Laryngologen enthielten sich der Theilnahme an einem Congresse, bei dem ihnen keine würdige Stellung eingeräumt wurde, und die für sie bestimmte „Subsection" war ein vollständiges Fiasco.

Aus dem immer wiederholten Drängen der Congressautoritäten auf die Verschmelzung der Laryngologie mit der Otiatrie bei diesen Gelegenheiten, und aus der in der Praxis immer häufiger werdenden Vereinigung der beiden Specialitäten in denselben Händen erwuchs nun allmählich das Bestreben, beide auch wissenschaftlich miteinander zu verbinden, so gering die wissenschaftlichen Grundlagen auch waren, auf welche sich diese Forderung stützte. Das Centralblatt sah die aus diesem Bestreben für die

Selbstständigkeit der Laryngologie erwachsene Gefahr schon lange voraus und bekämpfte sie, ehe es in dieser Frage zu der gegenwärtigen allgemeinen Discussion kam. Schon vor 10 Jahren wurde die Frage der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie bei internationalen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten eingehend besprochen (Centralblatt 1899, Juni, Juli, August) und der Standpunkt vertreten, den wir auch heute noch einnehmen und der in den Ausführungen des gegenwärtigen Artikels gipfelt. — Im Verfolg der Anregung, welche die Leitartikel des Jahres 1899 gaben, nahm die Mehrzahl der damals existirenden laryngologischen und otologischen Gesellschaften Stellung zu der Frage, und die fast einstimmige Ansicht derselben ging damals dahin, dass es „den Interessen beider Specialitäten am besten entspräche, wenn dieselben auch weiterhin in Gestalt voller, unabhängiger, voneinander getrennter Sectionen bei den internationalen medicinischen Congressen vertreten sind.“ (Centralblatt, Juli 1900.)

Aber hierbei blieb die Frage nicht ruhen. Im Jahre 1905 hatten sich die Ansichten der Specialisten mehrerer Länder geändert; es kam zur offenen Spaltung zwischen den Anhängern der weiteren getrennten Existenz und der Verschmelzung beider Sectionen. In einer Serie von Leitartikeln, betitelt: „Internationale laryngologische Zusammenkünfte“ (Juni, Juli, October 1905) und in Gestalt des Abdrucks von B. Fränkel's in der ersten Sitzung der neubegründeten Deutschen laryngologischen Gesellschaft gehaltenen Rede: „Die Zukunft der Laryngologie“ (October 1905) kam das Centralblatt auf die immer brennendere Frage der gegenseitigen Beziehungen beider Specialitäten zurück und legte von neuem die Uebelstände dar, die sich mit Sicherheit aus einer Verschmelzung beider Specialitäten bei den internationalen Congressen und ähnlichen Gelegenheiten ergeben würden. Der Wirrwarr zu jener Zeit war auf seinem Höhepunkte angelangt und die thörichte Hartnäckigkeit des Lissaboners Comités, die es den Laryngologen unmöglich machte, an dem dortigen internationalen Congresse Theil zu nehmen, zwang auch diejenigen, die bis dahin aufs Wärmste für das Festhalten unserer Specialität an den allgemeinen internationalen Congressen eingetreten waren, in Zukunft die Abhaltung internationaler Specialcongresse in Aussicht zu nehmen.

Der erste derselben hat im vorigen Jahre im Anschluss an die Türck-Czermakfeier stattgefunden und ist von glänzendem Erfolge gekrönt gewesen. Aber auch in ihn sind die Schatten der drohenden Vergewaltigung der Laryngologie seitens der Otologie gefallen, wie aus den Artikeln des Centralblattes: „Rückblicke auf den I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress“ (Juli u. August 1908), und aus dem Abdruck der Juraszschen Rede: „Die Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresse“ (August 1908) erhellt.

Kurz darauf fiel thatsächlich der erste Schlag. Die Universität Heidelberg, eine der anscheinend sichersten Vesten der Laryngologie, gliederte bei dem Abgang des bisherigen Vertreters dieser Wissenschaft von seinem dortigen Posten die seit über 30 Jahren selbständig bestandene laryngologische Klinik der otologischen an, und übertrug die Leitung des combinirten Instituts dem bisherigen Vorstand der otologischen Klinik. Was die gesammte Laryngologie bei dieser Entwicklung der Dinge empfand, ist im Leitartikel des Centralblattes: „Die Schicksale der Laryngologie in Heidelberg" (October 1908) gesagt worden.

Bald nachher erweckte die Ertheilung des Lehrauftrags für Laryngologie an der Universität Greifswald an einen Otologen neue Besorgniss. Inzwischen waren hauptsächlich von den Herren Passow, Barth und Kümmel direkte Vorschläge zur definitiven Verschmelzung der beiden Specialitäten gemacht worden, denen B. Fränkel, Chiari, P. Heymann, Bloch, Lucae durchaus ablehnend entgegengetreten sind.

Glücklicher Weise waren es nicht ausschliesslich so unerfreuliche Verhältnisse, wie die im letzten Abschnitt besprochenen, mit denen sich die socialpolitische Thätigkeit des Centralblattes zu beschäftigen hatte. Von kleineren Dingen abgesehen, war es besonders die Errichtung des Wilhelm Meyer-Denkmals, zu der es nach dem Hinscheiden des verdienten Mannes im Jahre 1895 anregte, und dessen Enthüllung am 25. Oktober 1898 erfolgte, sowie die unvergessliche Feier des 100 jährigen Geburtstages Manuel Garcia's am 17. März 1905, die seiner Initiative ihren Ursprung verdanken, und deren glänzender Erfolg auf socialpolitischem, ebenso wie der Erfolg der „Sammelforschung" auf wissenschaftlichem Gebiete zu den unvergesslichen Erinnerungen unseres Blattes gehören.

3. Der „Briefkasten" des Centralblattes.

Wir haben oben den Briefkasten das „Schmerzenskind" des Centralblattes genannt. Wenn man unter dieser Bezeichnung das Scheitern einer Lieblingsidee verstehen will, auf die man grosse Hoffnungen gesetzt und die man ausdauernd, aber erfolgslos zu verwirklichen gesucht hat, so trifft sie auf unseren Briefkasten zu. Dem Wortlaut des Prospekts zufolge sollten „in einem „Briefkasten der Redaktion", welcher nach Art der grossen englischen medicinischen Blätter geleitet werden soll, interessante Personalien, wissenschaftliche und praktische Anfragen, Bitten an die Collegen um Gewährung von Material zu grösseren statistischen Arbeiten, Vorschläge zur Prüfung neuer Mittel und Methoden, individuelle Ansichten über Tagesfragen etc. ihren natürlichsten Ausdruck und die schnellste und allgemeinste Verbreitung finden".

Zur Zeit der Gründung des Centralblatts fehlte es gänzlich an einem

solchen Mittelpunkt für Meinungsaustausch. Es schien nicht unvernünftig, zu erwarten, dass gerade dieser Punkt unseres Programmes von den Laryngologen aller Länder freudig begrüsst, und dass von der nunmehr dargebotenen Gelegenheit ein allgemeiner und immer häufigerer Gebrauch gemacht werden würde. Leider haben wir uns hierin getäuscht! —

25 Jahre sind ins Land gegangen, das Centralblatt hat sich — wie dies die im Anfange dieses Jahres ihm so gütig dargebrachte Anerkennung erwiesen hat —, in der That zu einem Mittelpunkt der Laryngologie aufgeschwungen; aber die Heranziehung der Leser zur öffentlichen, persönlichen Theilnahme an den Fragen, welche unsere Specialität bewegen, seien dieselben wissenschaftlicher oder socialpolitischer Natur, ist missglückt. — Immer wieder haben wir bei der redactionellen Besprechung von Tagesfragen, von denen man wusste, dass die Meinungen über sie innerhalb der Specialität selbst weit auseinandergingen, den Briefkasten zur Verfügung der Leser gestellt, haben bei Fragen, in denen der redactionelle Artikel eine besondere Ansicht vertrat, direct darum gebeten, dass die Anhänger abweichender Anschauungen dieselben im Briefkasten zum Vortrage bringen sollten. Wie selten ist das aber geschehen!

Es ist von jeher das Unglück des ärztlichen Standes gewesen, dass derselbe kein richtiges Bewusstsein für die Stärke vereinten Vorgehens gehabt hat, dass der Einzelne den wichtigsten Standes- und Tagesfragen gegenüber entweder völlig gleichgültig geblieben ist, oder ihnen im besten Falle ein kühles akademisches Interesse hat zu Theil werden lassen. Die Laryngologen haben diese allgemeine Erfahrung leider auch in ihrer Sphäre bestätigt, sind der Meinung gewesen, dass, wenn immer wieder Standesfragen wichtigster Art ihnen vorgelegt wurden, dieselben eigentlich nur die „Herren Professoren“ interessirten, haben offen dagegen rebellirt, wenn bei allgemeinen Zusammenkünften Fragen solcher Art überhaupt nur auf die Tagesordnung gesetzt und besprochen wurden. — So ist auch von der goldenen Gelegenheit, die ihnen im Briefkasten des Centralblatts geboten wurde: öffentliche Fragen durch Erörterungen des Für und Wider ihrer Lösung näher zu führen, im Verlaufe der bisherigen Existenz des Centralblatts leider nur sehr, sehr wenig Gebrauch gemacht worden. Ein paar Male haben wohl Collegen das Wort bei solchen Gelegenheiten ergriffen; im Ganzen aber hat der „Briefkasten“ nicht entfernt die Bedeutung errungen, die bei der Gründung des Blattes für ihn erhofft wurde. Schliesslich hat sich seine Function mehr oder minder auf Mittheilung von Personalnachrichten, vorläufige Mittheilungen über Congresse u. dgl. beschränkt. Wir möchten, dem innigen Wunsche Ausdruck verleihen, dass im zweiten Vierteljahrhundert der Existenz des Centralblatts die Nützlichkeit eines solchen Mittelpunkts für Aussprache unter den engeren Fach-

genossen besser erkannt werden möge, als dies im ersten der Fall gewesen ist! —

IV. Die Aufgaben der Laryngologie für die nächste Zukunft.

Es wäre vermessen, ein definitives Programm für die wissenschaftliche Thätigkeit der Laryngologie in der Zukunft aufzustellen. Der Fortschritt einer Wissenschaft vollzieht sich nur theilweise in Gestalt ruhigen Ausbaus ihrer einzelnen Capitel. Oft genug eröffnen völlig unerwartete Entdeckungen und Erfindungen Fortschritte in Gebieten, an die früher niemand überhaupt gedacht hat. Gute Beispiele hiervon in unserer eigenen Sphäre im Laufe der letzten 25 Jahre sind die Einführung der localen Anästhetica und des Adrenalins, die Lehre von den Erkrankungen der Nebenhöhle der Nase, die Organotherapie, die Serumbehandlung, die Paraffinprothesen, die Entdeckung der Röntgenstrahlen, die directen Untersuchungsmethoden für den Kehlkopf, die Bronchien, den Oesophagus. An jede dieser Neuerungen hat sich lebhafte wissenschaftliche Arbeit und ungeahnte Entwicklung unseres Könnens angeschlossen. So wird es hoffentlich auch in der Zukunft gehen.

Wenn wir es überhaupt unternehmen, hier einige wenige Themata namhaft zu machen, in welchen weitere Untersuchungen geboten erscheinen, so geschieht dies nur aus dem Grunde, dass wir den ungeduldigen Jüngeren, welche das legitime Gebiet der Rhino-Laryngologie für eine mehr oder minder abgegraste Weide halten und nach Lorbeern in zu annectirenden Ländern streben, zu zeigen, wie viel noch auf unserem eigenen Felde zu thun bleibt, welch' reiche Ausbeute für wissenschaftlichen Ehrgeiz hier noch zu holen ist.

Beginnen wir mit der Nase, so ist die Skiagraphie der Nebenhöhlen ein eben erst erschlossenes Gebiet, die Therapie des Schnupfens, der Ozaena, des Heufiebers dankenswertheste Ojecte für praktische, die Pathologie der drei genannten Affectionen für wissenschaftliche Untersuchungen. Die Methoden der Operationen für die Empyeme der Nebenhöhlen sind nichts weniger als abgeschlossen.

Im Pharynx haben wir die acuten septischen Infectionen, die nach allen Richtungen hin weiteren Studiums bedürfen. Vor allen Dingen gilt dies von der Pneumococcusinfection des Halses, deren Kenntniss eben erst erschlossen ist, und die ein äusserst dankbares Gebiet für weitere Forschungen darstellt. Ebenso bedürfen die chronische Hyperplasie der Schleimhäute der oberen Luftwege, das Sclerom, die angioneurotischen Oedeme eingehenden weiteren Studiums. Dasselbe gilt von der Vincent'schen Angina, vom Pemphigus, vom Lichen planus. Dringend sind ferner weitere Untersuchungen

über die Wirksamkeit der verschiedenen Lichtarten (Sonnenlicht, Finsenlicht, ultraviolette Strahlen etc.) und über die Radiotherapie zu wünschen.

Im Kehlkopf und in den tieferen Luft- und Speisewegen haben uns die Killian'schen Methoden ein völlig neues Feld erschlossen, in dem noch viel Wichtiges zu finden sein wird. Die Methoden der Stenosenbehandlung sind durch die Einführung der Laryngostomie eben erst in ein neues Stadium getreten. Völlig unbekannt ist noch die Pathologie der chronischen infektiösen Entzündungen, die in seltenen Fällen das Bild eines infiltrirenden Kehlkopfcarcinoms vortäuschen. Im Gebiet der Nervenlehre des Kehlkopfs ist noch viel zu holen. So dankenswerth die fleissigen Arbeiten sind, die im Laufe der letzten 25 Jahre unsere Detailkenntnisse bereichert haben, so sind viele der wichtigsten anatomischen, physiologischen und pathologischen Fragen noch unerledigt. Wenn auch in den letzten Jahren das Zünglein der Wage sich entschieden zu Gunsten der Anschauung geneigt hat, dass der Ursprung der motorischen Kehlkopfnerven im Nucleus ambiguus des Vagus zu suchen ist, so ist doch diese Frage noch nicht vollständig befriedigend gelöst; völlig offen ist die Frage einseitiger corticaler Kehlkopflähmungen; ganz unbeantwortet die nach dem Grunde der grösseren Vulnerabilität der Erweiterer bei organischen Lähmungen; die kürzlich von Neuem verfochtene Behauptung, dass die Kehlkopflähmungen bei der Tabes peripheren Ursprungs seien, bedarf gründlichster Nachprüfung. Auf den meisten dieser Gebiete hat sich seit einer Reihe von Jahren die Forschung mit Vorliebe auf experimentellem Grunde bewegt. Dringend ist zu wünschen, dass bei weiterer Untersuchung die klinische Beobachtung und vor allen Dingen, die pathologische Anatomie mehr zu ihrem Rechte kommen mögen! —

Die genannten sind nur einige wenige Beispiele, welche zeigen, wie viel noch in der legitimen Sphäre der Rhino-Laryngologie zu thun bleibt. Ihnen schliessen sich die zahllosen Fragen auf den sogenannten „Grenzgebieten“ an, die seit einer Reihe von Jahren die Aufmerksamkeit der Laryngologen beschäftigt haben, und deren weitere Förderung das Ansehen der Laryngologie nur heben kann, so lange sich an unsere Ergebnisse nicht das Verlangen schliesst, dass alles, das mit der Nase, dem Rachen und dem Kehlkopf in irgend einer Verbindung ist, uns gehören soll. —

Dass abgesehen von den genannten zahllose Fragen auf unserem Gebiete existiren, deren Erforschung Gegenstand dankenswerthester Forschung bildet, beweist ein Blick auf die Titel zeitgenössischer Beiträge in den Specialorganen der verschiedensten Länder.

Wenden wir uns nunmehr zu einer Betrachtung unserer socialpolitischen Aufgaben für die nächste Zukunft, und erwägen wir zunächst die

augenblickliche Stellung der Laryngologie, so befinden wir uns gegenüber einer Situation seltsamster und schwierigster Art.

Seit fünfzig Jahren hat sich unsere Specialität wissenschaftlich in stetem Fortschritt entwickelt. Den ihr noch vor 25 Jahren verächtlich gemachten Vorwurf der Unbedeutendheit hat sie durch ungeahnte Fortschritte in ihrem Wissen und Können entkräftet. Statt aber dass diese Entwicklung ihr in der Gunst der Autoritäten genützt haben sollte, ist paradoxer Weise gerade das Gegentheil davon eingetreten! — Verweigerte man uns vor 25 Jahren das volle Bürgerrecht im Kreise der anerkannten Specialitäten, weil wir angeblich zu unbedeutend waren, so sucht man jetzt unsere legitime Entwicklung zu beschränken, weil man uns fürchtet! — Gleichzeitig hiermit sucht die Otologie, die an unserer wissenschaftlichen Entwicklung nur sehr geringfügigen Antheil genommen hat, uns zu absorbiren, wenn auch dieses Wort nicht für die vorgeschlagene Vereinigung gebraucht wird. Und während wir von zwei Seiten so in unserer Existenz bedroht sind, glaubt eine Anzahl von Heissspornen den Augenblick gekommen, um eine Ausdehnung für unsere Specialität zu fordern, die völlig ausserhalb der legitimen Sphäre derselben liegt, und mit Nothwendigkeit die Zahl unserer Gegner vermehren muss! — Ist ein grösserer Wirrwar denkbar? —

Es ist nicht leicht zu sehen, wie Besserung erzielt werden soll.

Aber der Versuch muss gemacht werden: die Sache verlohnt es! —

Das erste und nothwendigste erscheint uns, dass die Laryngologen selbst realisiren, wie die Sache steht, dass es sich um einen Kampf für unsere selbstständige Existenz handelt, dass es die Pflicht jedes Einzelnen ist, mitzukämpfen, nicht den Kampf einigen wenigen Führern zu überlassen, und sich mit dem Gedanken zu beruhigen, dass dieselben schon das Nöthige thun würden! — Mit dem Gedanken gehen die besten Sachen verloren! — Jetzt heisst es nicht: „jeder für sich, und Gott für uns alle“, sondern „Gott hilft denen, die sich selber helfen“!

Von einem allgemeinen internationalen Vorgehen erwarten wir nichts. Einmal sind, wie schon verschiedentlich in diesem Blatte auseinandergesetzt worden ist, die officiellen Verhältnisse in den verschiedenen Ländern zu verschieden, als dass ein Collectivschritt überhaupt denkbar wäre: zum andern gehen auch die Ansichten über die Räthlichkeit des getrennten Bestehenbleibens resp. der Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie in den verschiedenen Ländern, wie dies die Verhandlungen bei Gelegenheit der Garciafeier gezeigt haben, zu weit auseinander, als dass auf eine internationale Zustimmung zu den Ansichten derjenigen zu rechnen wäre, welche die Weiterentwicklung der Laryngologie in ihren selbstständigen Bahnen wünschen.

Wohl aber bietet der bevorstehende internationale medicinische Congress zu Budapest eine sehr erwünschte Gelegenheit zur Aussprache über die internationale Seite der Frage der Zukunft der Laryngologie und andere Fragen von internationalem Interesse.

Dass von laryngologischer oder otologischer Seite ein ernsthafter Versuch gemacht werden wird, die laryngologischen und otologischen Sectionen der internationalen medicinischen Congresse mit einander bei späteren Congressen zu verschmelzen, ist nicht eben wahrscheinlich, wenn auch nicht ganz ausgeschlossen. Die Thatsache, dass durch eine solche Verschmelzung die Arbeitsleistung beider Sectionen mit Nothwendigkeit auf die Hälfte hinabgedrückt werden würde, bildet ein zu unwiderlegliches Argument, als dass selbst die Anhänger der Fusion warm für sie eintreten könnten. Dagegen wird es von grösster Wichtigkeit sein, dass, falls eine Abstimmung über die Frage stattfinden sollte, ob ein permanentes internationales Comité eingerichtet werden solle, das in Zukunft für eine grössere Continuität der internationalen Congresse zu sorgen hätte, als eine solche bisher bestanden hat (vergl. Centralblatt XXIV, p. 524), — die Laryngologen an der betreffenden Sitzung theilnehmen und für die Niedersetzung eines solchen Comités stimmen. Anderen Falles setzen sie sich der Möglichkeit aus, schon bei dem nächsten internationalen Congresse wieder dieselben demüthigenden Kämpfe um ihre Stellung durchmachen zu müssen, über welche wir seit fast 30 Jahren so unliebsame Erfahrungen gemacht haben! — Die Gleichberechtigung der Laryngologie bei diesen Gelegenheiten mit anderen anerkannten Specialitäten darf nicht weiterhin lokalen Zufälligkeiten oder der Willkür kleiner Tyrannen überlassen bleiben! —

Ebenso ist es dringend wünschenswerth, dass, wenn die Frage zur Abstimmung kommt, in welchen Zwischenräumen in Zukunft die internationalen medicinischen Congresse abgehalten werden sollen, die Laryngologen für den vierjährigen Turnus stimmen, da auf diese Weise ein befriedigender Modus vivendi zwischen den allgemeinen und den speciellen internationalen Congressen erzielt wird. Entschliessen sich nämlich die allgemeinen Congresse zu einem vierjährigen Turnus, so können wir einmal als besonderer Congress, einmal als Section des allgemeinen internationalen Congresses, alle zwei Jahre international tagen, und zwischen je zwei Sitzungen bleibt ein freies Jahr (vergl. Centralblatt XXV, p. 49). — Von der Entscheidung dieser Frage wird es wiederum theilweise abhängen, wann der nächste internationale laryngologische Congress stattfinden soll[1]. So be-

1) Es ist hier der Platz zu der Bemerkung, dass der bisherige Herausgeber des Centralblattes beabsichtigt, bei seinem Rücktritt von der Theilnahme am activen Leben der Laryngologie die ihm im vorigen Jahre beim Wiener Congresse verliehene Ehrenstellung als Mitglied und Einberufer des damals niedergesetzten inter-



stimmt wir an unserer Ueberzeugung festhalten, dass den allseitigen Interessen am besten dadurch gedient wird, dass die Laryngologie in innigem Zusammenhange mit den allgemeinen Congressen bleibt, so macht es doch die Unsicherheit der gegenwärtigen Situation durchaus erforderlich, dass wir wenigstens einen sicheren Ankerpunkt inmitten des allgemeinen Wirrwars besitzen.

So wenig endlich eine officielle Beschlussfassung in der folgenden Frage denkbar ist, so wäre es doch sehr wünschenswerth, wenn gelegentlich unserer Budapester Zusammenkunft die Stimmen derjenigen ein wenig lauter erklängen, die sich im Privatverkehr deutlich genug über die immer zunehmende Vermehrung der Specialjournale beklagen, welche die schon jetzt übergrosse Zersplitterung vergrössert, die Redaktionen zwingt, alle mögliche Spreu zu veröffentlichen, die literarische Arbeitslast der Specialisten bedenklich vermehrt, ihnen immer grössere pekuniäre Opfer auferlegt. — Es ist eine delikate Aufgabe für ein älteres Specialjournal, diese Frage überhaupt zur Sprache zu bringen, da der Einwurf des Brotneids so nahe liegt. Wenn wir aber mit Sendziak (Centralblatt XXIV, p. 166) die Zahl der jetzt practicirenden Hals-, Nasen- und Ohrenärzte der Welt auf 5000 veranschlagen, und dieser Zahl die Thatsache gegenüberstellen, dass in diesem Augenblicke nicht weniger als 40 Specialjournale veröffentlicht werden, mit anderen Worten, dass ein Specialjournal auf je 125 Specialisten kommt, so reden, denken wir, diese Zahlen eine so deutliche Sprache, dass ihnen gegenüber jede Insinuation persönlicher Motive verstummen muss, und dass eine Warnung gegen weitere Zunahme eines so offenbaren Missstandes durchaus geboten ist. —

Somit bietet sich eine ganze Anzahl von Fragen, die mit Vortheil im internationalen Kreise erörtert werden können. Die Hauptfrage aber, die noch der weiteren Gestaltung der Laryngologie, muss innerhalb der Grenzen jedes einzelnen Landes ausgefochten werden. Und hier erscheint uns als einziges, wirklich Erfolg versprechendes Mittel: gemeinsames Vorgehen derjenigen, die eine Entwicklung der Specialität in ihren alten Bahnen wünschen. Es ist ja bereits eine Anzahl von sehr beachtenswerthen Aufsätzen aus den Federn einzelner Führer erschienen. Dieselben haben die Gründe entwickelt, aus denen es wünschenswerth ist, der Laryngologie ihre Selbständigkeit zu erhalten, und haben die Gründe der Gegner widerlegt. Aber diese Aufsätze erreichen naturgemäss doch nur ein mehr oder

---

nationalen Comités für die Abhaltung weiterer laryngologischer Specialcongresse auf den derzeitigen officiellen Vertreter des Faches in Grossbritannien, den Präsidenten der laryngologischen Section der Royal Society of Medicine zu London, Dr. Dundas Grant, zu übertragen. Erhebt sich kein Widerspruch, so wird er annehmen, dass diese Absicht allgemeine Zustimmung gefunden hat.



minder beschränktes Publikum. Vor allem ist keine Sicherheit geboten, dass sie überhaupt denjenigen zu Augen kommen, bei denen in letzter Linie die Entscheidung über die zukünftige Gestaltung der Laryngologie liegt, d. h. den einschlägigen Ministerialbehörden und den Fakultäten. Es ist durchaus nothwendig, dass diesen beiden Autoritäten eine klare Einsicht in die Sachlage geboten wird. Wenn sie sehen, dass sich in diesem Augenblicke zwei Richtungen gegenüber stehen, von denen die eine das Ziel der Laryngologie in einem Fortschreiten in den alten Bahnen und im harmonischen Zusammenarbeiten mit den anderen Zweigen der Medicin erblickt, während die andere zunächst auf „Angliederung“ der Laryngologie an die Otologie, dann aber auf ungemessene Ausdehnung beider und Usurpation aller möglicher mit der Nase, dem Hals und dem Ohr in irgend welchem Zusammenhange stehender Gebiete drängt, so kann es, unseres Erachtens, nicht zweifelhaft sein, dass die erstgenannte Richtung sich grösserer Sympathien zu erfreuen haben wird, als die zweite.

Unser Rath geht also dahin, dass sich in den bedrohten Ländern die officiellen Vertreter und Docenten der Laryngologie an den Universitäten ohne Verzug zusammenthun und den einschlägigen Behörden die Situation klar machen mögen, sei dies in Form einer Denkschrift, einer Deputation, einer Adresse einer laryngologischen Gesellschaft, oder einer Combination von mehreren von diesen Mitteln. In allen diesen Vorlagen sollte Nachdruck auf die bisherige Entwicklung und auf die hauptsächlichsten Leistungen der Rhino-Laryngologie gelegt und gezeigt werden, dass wissenschaftlich kein Vortheil, weit wahrscheinlicher das Gegentheil von einer Verschmelzung der Laryngologie mit der Otologie zu erwarten sei. Auch sollte mit Nachdruck auf die bisherige bedauerliche Bevorzugung der Otologen bei der Besetzung gemeinsamer Lehrstühle für Rhino-Laryngo-Otologie an kleineren Universitäten hingewiesen und die feste Hoffnung ausgesprochen werden, dass im Interesse gedeihlicher Weiterentwicklung der Laryngologie in Zukunft das Prinzip der Gleichberechtigung beider Specialitäten bei der Besetzung solcher Stellen befolgt werden würde. Ob daneben eine allgemeine Petition in gleichem Sinne der Laryngologen des betreffenden Landes angezeigt ist, muss dem Ermessen der Betreffenden überlassen bleiben. Eine Vorstellung, wie die vorgeschlagene, an die Facultäten ist um so dringender indicirt, als, wie wir aus guter Quelle erfahren, wenigstens an eine Facultät bereits ein Memorandum im gegentheiligen Sinne abgegangen ist. Es ist also Gefahr im Verzuge! —

Dass daneben jeder einzelne Laryngologe, der unsere Anschauungen theilt, die Pflicht hat, bei sich darbietender Gelegenheit einflussreiche Persönlichkeiten über die Sachlage aufzuklären, und dass er auf diese Weise unserer Sache äusserst nützliche Dienste erweisen kann, ist selbstverständ-

lich. Noch einmal wiederholen wir, dass nichts schädlicher ist, als die Vorstellung mancher nicht im Lehramt thätiger Laryngologen, dass die ganze in diesem Artikel behandelte Angelegenheit eigentlich nur eine „Professorenfrage“ sei, und die privaten Laryngologen nichts anginge. Auch sie würden es nur zu bald in ihrer ganzen Stellung merken, wenn die Laryngologie ihrer Selbständigkeit beraubt werden sollte!

Wir fordern somit zum energischsten Widerstande gegen die uns angedrohte Vergewaltigung auf der ganzen Linie auf, und wiederholen: Gott hilft denen, die sich selber helfen! —

V. Ein Abschiedswort.

Es sei mir vergönnt, in diesem letzten Abschnitt ganz persönlich zu sprechen.

Wenn Männer in reiferen Jahren sich einer Bewegung entgegenstemmen, in der ein Theil der jüngeren Generation sein Heil sucht, so müssen sie darauf gefasst sein, als Reactionäre bezeichnet zu werden. Man spricht dann wohl von ihnen als „verdienten älteren Herren“, womit man höflich zu verstehen giebt, dass sie hinter dem Fortschritt der Zeit zurückgeblieben seien, und eigentlich in ein Museum für Fossilien gehörten.

Es sollte mich nicht wundern, wenn der vorstehende Aufsatz ähnlicher Kritik anheimfiele, und wenn mit bedauerndem Achselzucken erklärt würde, der Autor habe ja zur Zeit, als er selbst noch ein junger Mann gewesen sei, in den Reihen der Fortschrittler gefochten und habe einiges ganz Verdienstliches geleistet. Später aber, als er zu Amt und Würden gekommen sei, sei er verknöchert, sei nicht mehr im Stande gewesen, einer neuen Bewegung seine Sympathien entgegenzubringen, habe sich hartnäckig darauf versteift, dass es immer im alten ausgetretenen Geleise weiter gehen müsse, und bedrohe nunmehr diejenigen, welche trotz seiner Cassandrarufe auf der von ihnen als richtig erkannten Bahn weiterschritten, in langathmigen Artikeln mit allerhand nur in seiner Einbildung existirenden Consequenzen, wenn sie nicht von ihrem Thun abliessen. —

Von dieser ganzen Kritik würde ich nur den Vorwurf der Langathmigkeit als begründet anerkennen. Dieser Artikel ist mir in der That unter den Händen zu einer weit grösseren Länge angeschwollen als ich sie beabsichtigt hatte, und ich fürchte, dass diese Länge der von mir vertretenen Sache schaden mag, indem sie vielleicht manche Leser von einer aufmerksamen Lectüre abschreckt, während ich doch nicht sehe, wie ich Kürzungen vornehmen kann, ohne wichtige Dinge unbesprochen zu lassen. Die ganze Frage ist eben so umfangreich und bietet so viele verschiedene Gesichtspunkte dar, dass sie nicht in Kürze abgehandelt werden kann, und da es

das letzte Mal ist, dass ich als Herausgeber dieses Blattes zu meinen Lesern spreche. und in der That gern alles sagen wollte, was ich bezüglich ihrer auf dem Herzen habe, so wird man mir, wie ich hoffe, meine Ausführlichkeit vergeben.

Im Uebrigen aber würde mich eine Kritik, wie die obige, ganz kalt lassen, da ich mir bewusst bin, dass sie falsch ist.

Niemand kann sich klarer darüber sein, als ich es bin, dass die Wissenschaft niemals still steht, und niemand kann sich mehr darüber freuen, als ich es thue. Während meiner ganzen Laufbahn habe ich jeden wahren Fortschritt auf unserem Gebiete mit aufrichtiger Sympathie begrüsst und das meine dazu gethan, ihm die Pfade zu ebnen. Auch wenn ich mich aus der Arena zurückgezogen haben werde, wird nichts mir grössere Freude machen, als zu sehen, welche weitere Fortschritte unsere Specialität in wissenschaftlicher und socialpolitischer Beziehung macht. Es ist ein Zeichen von Senilität, wenn man glaubt, dass ein Abschluss wissenschaftlicher Forschung oder socialpolitischer Entwicklung in dem Augenblicke erfolgen muss, in dem man selbst aufhört, in der vorderen Reihe der Kämpfer zu stehen, und von solcher Senilität verspüre ich keine Zeichen an mir.

Aber andererseits habe ich lange genug in der Welt gelebt und Erfahrungen genug gesammelt, um gelernt zu haben, dass nicht Alles, was neu ist, nothwendiger Weise ein Fortschritt ist! — Wie wir heute über die Moden vergangener Jahrhunderte lächeln, die ohne Zweifel zu ihrer Zeit den „dernier cri“ repräsentirten, die wir aber gegenwärtig für geradezu ungeheuerlich halten; wie in unserer eigenen Zeit in der Musik, der Malerei, dem Drama Richtungen aufgetaucht sind, die mit glühendstem Enthusiasmus, mit dreistester Zuversicht als die einzig denkbare und wünschenswerthe Entwicklung der betreffenden Kunst angepriesen und der Welt verkündigt worden sind, die aber kühle Beobachter schon heute als sonderbare Auswüchse erkennen, die in der späteren Kunstgeschichte nur als Curiosa figuriren werden, — so giebt es auch in der Medicin blendende Irrlichter, die eine Zeit lang zuverlässige Leuchten vortäuschen, bis der Unvorsichtige, der ihnen blindlings gefolgt ist, erkennen muss, dass sie ihn in einen Sumpf gefährlichster Art geführt haben! — Ein solches Irrlicht ist meiner festen Ueberzeugung nach der falsche Ehrgeiz, der einen Theil der jüngeren Generation dazu antreibt, die breite Heerstrasse der legitimen Rhinolaryngologie, auf der wir besseres zu leisten vermögen als andere, zu verlassen, und auf Seitenpfaden danach zu streben, anderes im besten Falle ebenso gut zu thun, als andere, um schliesslich zu finden, dass wir in den Sumpf des Misstrauens und der Abneigung des ganzen ärztlichen Standes gerathen sind! —

Wohl weiss ich, dass selbst in diesem Falle die wissenschaftliche Laryngologie nicht zu Grunde gehen würde — das ist unmöglich —, aber das Ideal, das uns Aelteren von der Stellung unserer Specialität im Rahmen der medicinischen Wissenschaft vorschwebte, wäre zertrümmert und die sorgsame Arbeit vieler Jahre zu nichte gemacht! —

Ich scheide von der Laryngologie mit dem innigen Wunsche, dass es nicht hierzu kommen, und dass es ihr beschieden sein möge, in dem Sinne, in dem sie bisher gepflegt worden ist, fortzustreben, und schliesslich zu der ihr gebührenden Anerkennung zu gelangen!

Ich hoffe, dass es diesem Centralblatt gelingen möge, sich auch fernerhin des ihm bisher geschenkten Vertrauens würdig zu zeigen; ich bitte, meinem Nachfolger dasselbe Wohlwollen entgegenzubringen, das mir während der ganzen Zeit meiner Amtsführung und besonders bei Gelegenheit des 25jährigen Jubiläums des Blattes aus aller Welt in so überreichem Maasse zu Theil geworden ist; und ich danke schliesslich noch einmal von ganzem Herzen meinen lieben Mitarbeitern, unseren Lesern und unserem Verleger für ihre treue Mithülfe.

Felix Semon.

Redactionelle Notiz.

Die Herren Mitarbeiter und Leser des Centralblatts werden darauf aufmerksam gemacht, dass vom 1. Juli ab sämmtliche für das Blatt bestimmte Mittheilungen an den neuen Herausgeber

Herrn Dr. Georg Finder,

Berlin W.,
Nettelbeckstrasse 17.

zu richten sind.

Der bisherige Herausgeber verlässt London im Laufe des Monats Juli und tritt im Herbst eine aussereuropäische Reise an, von der er erst im Juli 1910 nach England zurückzukehren beabsichtigt. Vom Juli 1909 bis zu seiner Rückkehr wird es ihm unmöglich sein, an ihn gerichtete Briefe zu beantworten, worauf er seine Herren Correspondenten besonders aufmerksam machen möchte.

Vom Juli 1910 an ist seine Adresse:

Sir Felix Semon,
Rignall. Great Missenden. Bucks.
England.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, Juli. 1909. No. 7.

I. An unsere Leser!

Bei seinem Abschied von den Lesern des Centralblatts hat Sir Felix Semon einen Rückblick gehalten auf die Thätigkeit, die das Blatt unter seiner 25jährigen Leitung in wissenschaftlicher Beziehung wie im Kampf für die äussere Stellung der Laryngologie entwickelt hat; er hat das Facit aus dem bisherigen Werdegang des Faches gezogen, eine Ausschau in dessen Zukunft eröffnet und warnend auf die Gefahren hingewiesen, die diese Zukunft nmdüstern. Wohl alle sind wir uns bei der Lectüre jenes Abschiedsartikels einig gewesen in dem Gefühl schmerzlichen Bedauerns, dass wir in Zukunft darauf verzichten sollen, von dieser Stelle aus das Wort Semon's bei jeder bedeutsamen Gelegenheit, in jeder kritischen Stunde zu hören. Waren wir doch ein Vierteljahrhundert lang gewohnt, ihn hier auf der Wacht zu sehen, toujours en vedette, stets bereit, mit dem ganzen Gewicht seiner Erfahrung und seines Ansehens. gerüstet mit den scharfgeschliffenen Waffen seiner Dialektik auf's Feld zu treten, wo immer die Interessen unseres Faches ihm gefährdet schienen. Was Semon in dem Kampf um Ansehen und Selbstständigkeit der Laryngologie geleistet hat, kann Jeder würdigen, der diesen ununterbrochenen und oft recht unerquicklichen Kampf aufmerksamen Auges verfolgt hat; welche Dienste er durch die Herausgabe des Centralblatts der Laryngologie in wissenschaftlicher Hinsicht erwiesen hat, wird Jeder bekunden, der bei literarischer Arbeit auf unserem Gebiete die 25 Bände des Centralblatts als ein fast unentbehrliches Hülfsmittel erprobt hat, ja überhaupt Jeder, der bestrebt ist, sich über Fortschritte und Leistungen der Laryngologie auf dem Laufenden zu erhalten. Welch unendliche Mühe, Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit jedoch im Verein mit einem oft recht stattlichen Aufwand von Diplomatie und Takt Semon bei seiner Herausgeberthätigkeit entwickelte, das zu beurtheilen ist nur der im Stande, der selbst Jahre hindurch ihm bei dieser Thätigkeit zur Seite

stehen durfte. Der Grundsatz: „Minima non curat praetor“ hatte für ihn keine Geltung, sobald es sich um sein Centralblatt handelte; kein noch so unscheinbares Detail entging seiner Aufmerksamkeit, und die Briefe redactionellen Inhalts, die der Vielbeschäftigte im Laufe der Jahre Zeit fand, an mich zu richten, zählen fast nach Hunderten.

Freilich, alle aufgewandte Mühe und Arbeit hätten den Herausgeber nicht zu dem erstrebten Ziele geführt, hätte er sich nicht auf eine treffliche Schaar zuverlässiger und bewährter Mitarbeiter stützen können, von denen einige dem Blatt von seiner Gründung bis zum heutigen Tage in unwandelbarer Treue ihre Dienste geleistet haben. Dass es nicht nur die prominente Persönlichkeit Semon's, nicht nur seine weitverzweigten internationalen freundschaftlichen Beziehungen waren, durch die die Mitarbeiter an den Herausgeber gefesselt wurden, sondern dass in der That vor allem das reine Interesse für die Sache der Laryngologie sie zu ihrer mühevollen und dabei ganz uneigennützigen Thätigkeit verband, dafür spricht der Umstand, dass sie fast alle — bis auf ganz wenige, die sich aus persönlichen Gründen zum Rücktritt gezwungen sahen — zugesagt haben, auch unter dem neuen Herausgeber dem Blatt ihre werthvollen und erprobten Dienste weiter zu leisten. Diese Anhänglichkeit und Treue der alten Mitarbeiter ist natürlich für den neuen Herausgeber von unschätzbarem Werth; es ist ihm eine angenehme Pflicht, ihnen allen, die durch ihre Bereitwilligkeit ihm den Weg, den er schreiten will, so freundlich ebnen, auch an dieser Stelle herzlichst zu danken.

Als Sir Felix Semon in Uebereinstimmung mit dem Verleger mir das ehrende Anerbieten machte, nach seinem Rücktritt die Herausgabe des Centralblatts zu übernehmen, war ich mir der schwierigen Aufgabe wohl bewusst, Nachfolger eines Mannes zu werden, dessen blosser Name schon — weit über die Grenzen unseres Sonderfaches hinaus — eine werbende Kraft hat. Aber ich hätte das mir bezeugte Vertrauen durch „feiger Gedanken bängliches Schwanken“ schlecht gelohnt und so habe ich frischen Entschlusses den mir angetragenen Posten angenommen.

Wenn man nun füglich von einem neuen Herausgeber eine Art Programm erwartet, so glaube ich kein besseres proclamiren zu können, als die Worte, die heute vor 25 Jahren im Prospect zum ersten Heft des Centralblatts standen und die als Aufgabe des neubegründeten Unternehmens bezeichneten: „einen wahren Mittelpunkt für die Interessen der Laryngologie“ zu bilden, und ich glaube mich der Zustimmung aller unserer Leser versichert zu halten, wenn ich, ohne der Selbstständigkeit meiner Meinung Zwang anzuthun und ohne mich störrisch den Forderungen einer wirklich fortschreitenden Entwickelung zu verschliessen, verspreche, jene Aufgabe in dem Sinne des bisherigen Herausgebers aufzufassen und

das von ihm begründete Blatt in seinem Geiste weiter zu führen. Semon's Name bleibt in Zukunft auch äusserlich mit dem Titel des Centralblatts verbunden; das soll ein sichtbares Zeichen und eine Gewähr dafür bedeuten, dass wir das von ihm aufgestellte und mit so viel Mühen durchgeführte Programm als ein theures Vermächtniss hochhalten und pflegen wollen.

Georg Finder.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **P. Hellat. Bemerkungen über den ersten internationalen Rhino-Laryngologen-Congress in Wien. (Wpetschatlenijo o perwom meshdunarod. sesde rinolaringologow k Wene.)** *Jeshemesjatschnik. p. 236. 1908.*

Vieles von dem hier Gesagten hat Sir Felix Semon bereits im Centralblatt niedergelegt.

AUTOREFERAT.

2) **Joseph C. Beck. Grenzen der oto-laryngologischen Praxis. (Limitations of oto-laryngologic practice.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Verf. vertritt die Ansicht, der Otolaryngologe solle sich nicht auf ein zu enges Thätigkeitsfeld beschränken, sondern auch die Chirurgie der Mundhöhle, des Gesichts, des Kopfes und äusseren Halses in seinen Bereich hineinbeziehen.

EMIL MAYER.

3) **W. Lamann** (St. Petersburg). **Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystems. VII. Peristaltik und Antiperistaltik. Mein Pech bei den Physiologen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 10. 1908.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

4) **Hennebert. Aortenaneurysma. (Anévrisme de l'aorte.)** *Journal médical de Bruxelles. No. 5. 1905.*

Im Cercle Médical von Brüssel, Sitzung vom 2. December 1904, spricht H. über ein Aortenaneurysma bei einem 59jährigen Mann, dessen einziges subjectives Symptom in Beschwerden bei leerem Schlucken bestand. Der Kehlkopf war um 2 cm von der Mittellinie verschoben; ausserdem bestand eine Vorwölbung des linken Sternalrandes und des Supraclaviculargegend mit Pulsationen in der Sternalgegend. Beide Radialpulse waren isochron: keine Ungleichheit der Pupillen, keine Recurrensparalyse. Die Diagnose „Aneurysma" ward durch die Radioskopie bestätigt.

PARMENTIER (BAYER).

5) **Geo. B. Wood. Bedeutung der oberen Luftwege für die Aetiologie cryptogenetischer Infectionen. (Importance of the upper respiratory tract in the etiology of cryptogenic infections.)** *Fourth annual report of the Henri Phipps Institute for the study, treatment and prevention of Tuberculosis. Februar 1906—Februar 1907.*

Die Arbeit, in der die Bedeutung der oberen Luftwege für die Entstehung kryptogener Infectionen, insbesondere der Pleuritis, erörtert wird, ist von grossem

Interesse. Nach Wood schliesst die anatomische Anordnung der cervicalen Lymphdrüsen mit seltenen Ausnahmen die Möglichkeit einer directen Infection von den Tonsillen zur Pleura aus.

LEFFERTS.

6) **J. A. Faught. Verlegung der oberen Luftwege und Deformation der Mundhöhle. (Upper respiratory obstruction and oral deformity.)** *Journal American Medical Association. 18. Januar 1908.*

Infolge der unklaren und sich widersprechenden Ansichten, die über den Zusammenhang zwischen Irregularitäten der Kieferform und Zahnanordnung einer- und Behinderung der Nasenathmung andererseits bestehen, hat Verf. sich veranlasst gesehen, eine Umfrage an verschiedene Autoritäten zu richten. Eine Analyse der eingelaufenen Antworten führt ihn zu dem Ergebniss, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle unregelmässige Zahnstellung mit behinderter Athmung vergesellschaftet, wenn nicht von dieser abhängig ist, und dass daher der Zahnarzt mit diesen Störungen vertraut sein muss. Dieser Behandlung der Zahnirregularität sollte Untersuchung und Behandlung von Nase und Rachen vorausgehen. Operationen, die den Zweck haben, mechanisch die respiratorische Capacität der Nase zu vermehren, sind practisch werthlos, so lange die Zwischenkiefernaht offen ist. Bevor man versucht, die Zahnstellung zu corrigiren, muss eine bestehende Nasenstenose durch Operation der sie eventuell bedingenden adenoiden Vegetationen oder Septumverbiegungen beseitigt werden.

LEFFERTS.

7) **Nicolai. Störungen des Gehörs und in den oberen Luftwegen bei Akromegalie. (Disturbi uditivi e delle prime vie del respiro in Acromegalia.)** *Arch Ital. di Otologia etc. No. 2. 1908.*

Verf. theilt einen Fall von Akromegalie bei einer 49jährigen Frau mit, bei der im Pharynx sich eine Vergrösserung der Uvula und der Gaumenbögen fand; die hintere Rachenwand war vorgewölbt, als ob es sich um einen beginnenden Retropharyngealabscess handelte. Im Larynx fand sich Röthung und Verdickung der Stimmbänder. Eine zu constatirende Veränderung der Stimme erklärt Verf. nicht durch die Volumenszunahme des Larynx, sondern durch eine Verschiedenheit in der Entwicklung der Pars membranacea der Stimmbänder gegenüber der Pars cartilaginea derart, dass die Länge der ersteren bei der Patientin sich mehr der beim Mann, als bei der Frau beobachteten näherte.

FINDER.

8) **W. Ford Robertson** (Edinburgh). **Neue Untersuchungen über die Pathologie und Therapie der Paralyse und Tabes. (Recent investigations into the pathology and treatment of general Paralysis and Tabes.)** *Lancet. II. p. 1438. 1908.*

Verf., dessen ausgedehnte Untersuchungen über die obengenannten Krankheiten den Neurologen wohl besser bekannt sein dürften, als den Jüngern unserer Disciplin, giebt einen summarischen Ueberblick über die Ergebnisse seiner früheren Arbeiten und über den Stand der neuen Forschungen.

Er fand, dass Bacillen der diphtheroiden Gruppe in allen Fällen von vorgeschrittener Paralyse in den Geweben nachgewiesen werden können. Bei dieser Krankheit ist der hauptsächliche Sitz der Invasion der Nasenrachen und die Mund-

schleimhaut, bei der Tabes dagegen die Harn- und Geschlechtswege. Es wurde versucht, die Infection des Nasenrachens und der Mundhöhle durch locale Mittel aufzuhalten. Verf. benutzte mit gutem Erfolg eine 1 proc. Lösung von Merckschem Perhydrol als Nasenspray und Mundwasser. Nebenbei erwähnt er, dass er diese Lösung sehr wirksam gegen Heufieber gefunden hat.

JAMES DONELAN.

9) **Cadiot** und **Mandoul. Emphysem der Augenlider beim Trompetenblasen. (Emphysème palpébral au cours d'une sonnerie de trompette.)** *Rev. hebd. de laryngol. No. 24. 1908.*

Bericht über 2 Beobachtungen. Im ersten Fall erklärte sich das Oedem des Augenlids durch das Vorhandensein einer Oberkieferfractur; im zweiten fehlt jede Erklärung.

BRINDEL.

10) **Mader** (München). **Zur Röntgenbehandlung maligner Neoplasmen der oberen Luftwege.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1909.*

Mittheilung eines Falles von Plattenepithelcarcinom des Hypopharynx, der kurze Zeit nach der Radicaloperation ein zusehends wachsendes Recidiv zeigte, das durch entsprechende Röntgenbehandlung mit der von M. angegebenen, in den Mund einzuführenden Kehlkopfröhre zum Schwinden gebracht wurde. Anschliessend Besprechung der Technik und Indicationsstellung, die sich mit der im Archiv für Laryngologie, Bd. 18, und auf dem Wiener internationalen Laryngologen-Congress vom Autor niedergelegten Anschauungen decken.

HECHT.

11) **J. K. Fletcher** (Chicago). **Zur Verbesserung der Technik bei Nasen- und Ohreperationen.** *Mit 3 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde etc. Heft 12. 1908.*

Beschreibung und Abbildung einer „nach Art eines Locheisens construirten beweglichen Stanze", die die bisher gebräuchlichen Knochenzangen nach verschiedenen Richtungen hin übertrifft und bei Radicaloperationen der grösseren Nasen-Nebenhöhlen und des Ohres zweckmässige Verwendung findet. Eine zweite, nach dem gleichen Princip, jedoch schlanker und länger gebaute Zange ermöglicht auch ihre Verwendung bei der Krause'schen Kieferhöhlenoperation und zur Entfernung der vorderen Keilbeinhöhlenwand. H. Reiner in Wien liefert diese Zangen.

HECHT.

12) **G. Trautmann** (München). **Erfahrungen bei der Behandlung von Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten mit Pyocyanase.** *Münch. med. Wochenschr. No. 11. 1909.*

Detaillirter Bericht über den Einfluss der Pyocyanase bei den verschiedenartigsten Erkrankungen obiger Gebiete, bezüglich deren Details auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

13) **Zitowitsch. Directe Untersuchung der oberen Athmungswege. (Prjamye isledowanie werchanik dichotelnich putei.)** *Westnik uschn. gorl. nos. b. p. 209. 1909.*

Beschreibung der bekannten Untersuchungsmethoden.

P. HELLAT.



14) **H. Strebel** (München). **Neuere physikalische Methoden in der Hand des Laryngologen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 531. 1908.*

Verf. hebt die Verwendung des Lichts beim Pharynxkatarrh (s. a. Bd. 14, Heft 1 des Arch. f. Laryngol.), bei Ulcerationen aller Art: tuberculösen, luetischen, lupösen oder durch anderweitige Bakterienarten hervorgerufenen chronischen Geschwürsbildungen: Aphthen, Soor, Rhagaden, lobend hervor. Auch bei Ozaena seien gute Erfolge erzielt. Die Beseitigung der chronischen Entzündung des Stimmbandes mit Knotenbildung gelang mittels kurzer, vorsichtiger Bestrahlung durch Einleiten von Licht in den Kehlkopf selbst bei einer berühmten Sängerin, die vordem schon alles Mögliche zur Behebung ihres Leidens versucht hatte. Verf. weist ferner auf den Nutzen von protrahirten Einblasungen mittels reiner Luft, besser mit Sauerstoff allein oder in Verbindung von Ozon hin, ebenso auf die Zerstörung von pathologischen Geweben mit Hochfrequenzfunkenströmen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

15) **Morrison A. Cressy. Künstliche Beleuchtung für Laryngoskopie. (Artificial illuminants in Laryngoscopy.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Das beste Beleuchtungsmittel ist das Sonnenlicht; ihm kommt am nächsten das Acetylenlicht.

EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **L. Detre** (Budapest). **Das Heufieber im Lichte der Immunitätslehre.** *Budapesti orvosi ujság. No. 21. 1908. Beilage: Közeg. és törv. orv. szemle. No. 2.*

Einzelne Individuen sind auch gegen solche Eiweisskörper empfindlich, welche bei normalen Individuen keine schädliche Wirkungen auslösen (Erdbeeren, Kuhmilch, Krebse etc.). Auf die wiederholte Einwirkung gewisser Eiweiss-Antigene erfolgt nicht die Abstumpfung der Empfindlichkeit, sondern die Empfindlichkeit des Organismus nimmt zu (Allergie von Pirquet, Anaphylaxe von Richet und Arthus). Die Pollantin-Intoleranz ist ihrem Wesen nach eine Intoleranz gegen Pferdeserum, in der Zukunft soll folglich eine andere Thierspecies zur Erzeugung des Serum gewählt werden.

v. NAVRATIL-POLYAK.

17) **A. A. Friedländer** (Frankfurt a. M.). **Zur Therapie des Heufiebers.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1908.*

F. berichtet über einen 27jährigen sehr nervösen Patienten, der seit dem 11. Jahre an Heufieber leidet. Im Jahre 1907 gelang es ihm gleich bei Beginn der Erkrankung durch Hypnose die Schwere des Processes, besonders das meist hochgradige Asthma bedeutend einzudämmen. In diesem Jahre, in dem Patient erst längere Zeit nach dem ersten Anfall zur Behandlung kam, war es nicht mehr möglich, die Hypnose zur Anwendung zu bringen. Von all den neuerdings empfohlenen Mitteln wirkte das Rhinoculin und das Ritsert'sche Eupneuma am besten und promptesten. Autor weist darauf hin, dass bei ähnlichen Fällen „die Hypnose in der Weise zur Anwendung gebracht werden muss, dass sie auf eine Stärkung des Willens des Patienten Bedacht nimmt".

HECHT.

18) **Menier. Die Behandlung von Heufieber. (The treatment of Hay Fever.)** *N. Y. Medical Journal. 4. Juli 1908.*

Verf. empfiehlt Inhalationen mit Menthol-Chloroformmischung, die 4 pCt. Chloroform enthält; wo excessive Secretion besteht, soll dabei noch ein Nasenspray mit einer Lösung von 1 : 2000 Adrenalin gebraucht werden. Für die Augen empfiehlt er Application eines Tropfens einer 2proc. Lösung von Eserinum sulfuricum oder Pilocarpinum nitric. Die asthmatische Form wird am besten behandelt mit Antispasmodicis.

LEFFERTS.

19) **Eugene S. Yonge. Die Behandlung von widerspenstigem Heufieber und Schnupfenparoxysmen mittelst Resection des Nasennerven. (The treatment of intractable hay fever and paroxysmal coryza by resection of the nasal nerve.)** *Lancet. 13. Juni 1908.*

In verzweifelten Fällen von Heufieber, die auf die gewöhnlichen Behandlungsmethoden nicht reagiren, räth Verf. Resection eines Theils des Nasennerven, d. h. des nasalen Astes des Trigeminus auf beiden Seiten. Verf. giebt eine Beschreibung des Verfahrens, das darin besteht, den Nerven von der Orbita aus beim Durchtritt durch das Foramen ethmoidale anterius freizulegen und ein Stückchen von ihm zu reseciren.

ADOLPH BRONNER.

20) **Ralph Grace. Behandlung des Heufiebers. (Treatment of Hay Fever.)** *Therapeutic Gazette. 15. August 1908.*

Verf. fand bei Prüfung verschiedener Silberpräparate eines derselben sehr wirksam: das Nargol (Silbernucleid), das jeden dritten Tag in 2proc. Lösung local applicirt wird. Bei sehr empfindlichen Patienten wird die Schleimhaut vorher mit 10proc. Cocainlösung bestrichen. Unmittelbar nach der Application erfolgt schnell Congestion und Thränen. Hat nach den ersten Applicationen die Empfindlichkeit abgenommen, so wird ein etwas stärkerer mit Nargol getränkter Wattebausch möglichst weit nach oben geschoben und bleibt dort 10—15 Minuten lang liegen. Verf. will mit dieser Behandlung auch in den ältesten und hartnäckigsten Fällen zum Ziele gelangt sein, ohne dass eine andere Behandlung dabei angewandt wurde.

EMIL MAYER.

21) **Otto J. Stein. Einige Beobachtungen über hyperästhetische Rhinitis (Heufieber) nebst Rathschlägen für deren rationelle Behandlung. (Some observations on hyperesthetic rhinitis [Hay Fever] with suggestions for its rational treatment.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Es werden intraneurale Alkoholinjectionen in den Nasennerven an der Stelle seines Eintritts in die Nase empfohlen. Es geschieht dies, indem Nadeln von geeigneter Länge und Krümmung in der Nachbarschaft des Nerven, wo er in die Nase eintritt, eingestochen werden, und zwar muss die Nadel ca. 6,5 cm lang sein. Die Einstichstelle ist im vorderen oberen Winkel der Nasenhöhle gegen die Innenfläche des Nasenbeins, nahe dessen distalem Ende. Die hinteren Nervenverzweigungen werden durch eine 8,25 cm lange, an ihrem Ende um 45° gebogene Nadel getroffen. Diese wird in die Nähe des Foramen sphenopalatinum eingestochen, das sich gerade oberhalb und nach aussen von dem hinteren Ende der mittleren

Muschel befindet. Auf jeder Seite sind hier Injectionen erforderlich, zwei für die vorderen und zwei für die hinteren Nervenverzweigungen. Für jede Injection sind ein paar Tropfen absoluten oder verdünnten Alkohols erforderlich. Sie müssen während der Heufiebersaison 1—4 mal nach den Beobachtungen des Verf.'s gemacht werden. Die Mittheilung wird wegen des geringen Materials, an dem bisher diese Behandlung erprobt werden konnte, als vorläufige bezeichnet.

EMIL MAYER.

22) **P. Cornet** (Paris). **Spastische Coryza und Auto-Intoxicationen. (Coryza spasmodique et auto-intoxications.)** *Presse médicale. 16. Januar 1909.*

Verf. ist der Ansicht, dass es sich um eine Erscheinung der neuro-arthritischen Diathese mit Congestionszuständen handelt, dass aber hauptsächlich die bei dieser Diathese gewöhnlichen Darmstörungen die Nasensymptome hervorrufen. Er findet die Reflextheorie nicht ausreichend für deren Erklärung und sucht diese Erklärung in der Annahme einer Intoxication. Er nimmt an, dass von der Nasenschleimhaut die gastro-intestinalen Toxine ausgeschieden werden, so wie sie z. B. das Jodkali ausscheidet. Es besteht ein Zustand der habituellen Ueberreizung der Schleimhaut, die veranlasst und unterhalten wird durch diese Excretion von Toxinen; daher kann ein Schnupfenparoxysmus durch die Einathmung von Staub ausgelöst werden. Die Behandlung besteht vor allem in angemessenem Regime und local in tiefen galvanokaustischen Furchungen.

GONTIER de la ROCHE.

23) **H. E. Knopf** (Frankfurt a. M.). **Asthma und Stottern, zwei sehr verwandte Neurosen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1908.*

Asthma und Stottern sind beides Neurosen, die sich im gestörten Ablauf der verwickelten coordinirten Bewegungen äussern, welche zum Sprechen bezw. zum normalen Athmen nöthig sind. Diese Störungen sind durch die Angstvorstellung, vor anderen Personen nicht richtig sprechen zu können, bezw. nicht genügend Luft zu haben, veranlasst. Alle Stotterer sowohl wie alle Asthmatiker sind neuropathisch veranlagt; körperliche Anomalien spielen häufig bei der Entstehung eine wichtige Rolle.

Ebenso wie der Stotterer dadurch geheilt wird, dass er lernt, die unrichtigen Bewegungen durch die richtigen zu ersetzen, kann man den Asthmatiker durch Correction der fehlerhaften Athembewegungen heilen. Daneben wird bei beiden durch psychische und somatische Therapie die neuropathische Veranlagung und die körperliche Anomalie beeinflusst.

Autor erzielte mit dieser Uebungsbehandlung sehr gute Erfolge. Sanatoriumsbehandlung giebt bessere Resultate, als die ambulante. Knopf weist darauf hin, dass beide Neurosen sich gewissermaassen ausschliessen und dass Asthma und Stottern bei einer Person fast nie vorkomme, eine Thatsache, die ausser seinen eigenen Beobachtungen die von einer Reihe bekannter Fachcollegen eingeholten Statistiken vollkommen bestätigen. Asthmatherapeut und Stottertherapeut können beide von einander lernen, am zweckmässigsten wäre die Vereinigung der Asthma- und Stottererbehandlung in einer Hand.

HECHT.

24) **J. Gordon Wilson. Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse von der Physiologie der Nebenhöhlen der Nase. (The present state of our knowledge with regard to the physiology of the sinuses accessory to the nose.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Verf. discutirt die verschiedenen über die Physiologie der Nebenhöhlen existirenden Theorien.

EMIL MAYER.

25) **Sidney Yankauer. Der Mechanismus der Drainage der normalen Nebenhöhlen. (The drainage mechanism of the normal accessory sinuses.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

In gewissem Grade hängt die Drainage ab von dem Gesetz der Schwere bei gewissen Kopfhaltungen; hauptsächlich wird sie bewirkt durch die Ciliarthätigkeit, durch Adhäsion, durch Capillarattraction an den natürlichen Oeffnungen der Sinus und durch die Saugwirkung („Syphonage"), die von den Nasenhöhlen aus ausgeübt wird. Die combinirte Wirkung dieser Kräfte wird begünstigt durch den respiratorischen Luftstrom und gewisse atmosphärische Bedingungen.

EMIL MAYER.

26) **J. Herzfeld** (Berlin). **Die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase und das Röntgenverfahren.** *Beiträge zur Anat., Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. II. S. 197. 1908.*

H. ist der Ansicht, dass der Werth der X-Strahlen zur Diagnose der Nebenhöhleneiterungen überschätzt worden ist; denn das doch umständliche und für den Patienten mit Kosten verbundene Röntgenverfahren ist oft nicht zuverlässig und kann deshalb, da uns heute zur Diagnose der Nebenhöhleneiterungen genügend andere Hülfsmittel zur Verfügung stehen, nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Auch zur Eröffnung der Stirnhöhle leistet eine vorherige Röntgenaufnahme keine oder nur geringe Dienste, da gerade bei Fällen schwerer Stirnhöhleneiterung die Grenzen der Höhle auf der Platte oft zu verschwommen sind.

Referent kann Herzfeld zustimmen, dass man sich auf die Röntgenplatte allein nicht verlassen kann, möchte aber trotzdem das Röntgenverfahren als nicht zu unterschätzendes Hülfsmittel zur Diagnose und späteren Operation doch höher bewerthen, als Herzfeld dies in seiner neuesten Arbeit gethan hat.

OPPIKOFER.

27) **W. E. Caldwell. Weitere Beobachtungen über Röntgenuntersuchungen der Nasennebenhöhlen. (Further observations on the Roentgen-ray examinations of the accessory nasal sinuses.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Für die Aufnahmen von Stirnhöhlen müssen die Strahlen kräftig und die Exposition lang genug sein. Die Hauptschwierigkeit besteht darin, geeignete Röhren für diese lange Expositionszeit zu finden. Verf. sagt, dass von 5—6 Röhren, die er kauft, ungefähr eine sich für die Stirnhöhlenaufnahmen eignet. Mit einer guten Röhre und gutem Apparat kann eine Aufnahme von einer Hand in weniger als einer Secunde gemacht werden, unter gleichen Bedingungen sind für die Aufnahme einer Stirnhöhle 20—50 Secunden erforderlich. Nur eine sehr gute

Röhre wird während dieser Expositionsdauer continuirlich dieselbe Qualität von Strahlen, die für eine gute Stirnhöhlenaufnahme erforderlich sind, liefern. Der beste Penetrationsgrad ist ungefähr 9—10 der Benoist-Skala; bei diesem besteht jedoch, wenn lange exponirt wird, Gefahr, die Röhre zu ruiniren. Man muss also suchen, die Expositionsdauer dadurch abzukürzen, dass man geeignete Platten wählt.

EMIL MAYER.

28) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Klinische Beiträge zur Pathologie der Nebenhöhlen der Nase und zur Bedeutung der Nebenhöhlenaffectionen für die Aetiologie der Augenkrankheiten.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 20. S. 527. 1908.*

1. Fall: Myxosarkom im rechten Sinus sphenoidalis. Totale Blindheit des rechten Auges, Paralyse der Musculatur des rechten Auges.

2. Fall: Exophthalmus acutus durch eine acute Cellulitis ethmoidalis, ohne Symptome von der Nase hervorzurufen.

3. Fall: Primäres Carcinom im Sinus sphenoidalis, Paralyse des Nervus oculomotorius, Resectio partialis maxillae superioris, ossis ethmoidalis et sphenoidalis.

Diese Fälle von primärem Cancer im Os sphenoideum sind verhältnissmässig selten und sind klinisch einander sehr ähnlich. Charaktoristisch für alle ist der starke Kopfschmerz, die schnell auftretenden secundären Augensymptome und Zeichen von Verstopfung der Nase.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

29) **Rosenberg** und **Baum. Erkrankungen der Nasennebenhöhlen und des Auges.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. 1908.*

R. liess 40 Fälle von Nebenhöhlenaffectionen, die nicht besonders ausgewählt wurden, durch den Augenarzt untersuchen. Dieser fand auffallend häufig Augenveränderungen (Stauung, Hyperämie, verwaschene Papillengrenzen, Abblassung der Papillen, Einschränkung des Gesichtsfeldes). Nach Behandlung der Nebenhöhlenerkrankung gingen bei einem Theile der Patienten die Augenveränderungen zurück. So zeigten beispielsweise 16, also 40 pCt. der Patienten, eine Stauung in den papillären Gefässen, diese schwand nach Ausheilung oder Besserung der Nebenhöhlenerkrankung bei 5, also bei ca. $^1/_3$ der Fälle.

OPPIKOFER.

30) **Burger** (Amsterdam). **Ein Fall von Menière'scher Krankheit, herrührend von einer Entzündung der Nasennebenhöhlen. (Un cas de maladie de Menière relevant d'une inflammation des cavités annexes du nez.)** *La Presse Oto-laryngol. Belge. No 2. 1908.*

Genau diagnosticirter und beschriebener Fall von Menière'scher Krankheit, geheilt nach der Cur einer latenten Sinusitis maxillaris. Die Affection bildete eine Reflexneurose infolge vasomotorischer Einflüsse, die durch die Entzündung des Sinus beständig unterhalten und wiederholt im Labyrinth angefacht wurde.

PARMENTIER.

31) **P. Tetens Hald** (Kopenhagen). **Die radicale operative Behandlung von Leiden der Nasennebenhöhlen. (Den radikale operative Behandling af Næsebehulernes Lidelse.)** *Ugeskrift for Laeger. S. 449. 9. April 1908.*

Uebersichtsarbeit.

E. SCHMIEGELOW.

32) **Harmon Smith. Die Nebenhöhlenerkrankungen vom operativen Standpunkt. (The accessory sinuses of the nose from an operative standpoint.)** *N. Y. Medical Journal. 28. März 1908.*

Verf. giebt eine sorgfältige Beschreibung der verschiedenen Methoden der Radicaloperation. Für die Stirnhöhle empfiehlt er am meisten das Killian'sche Verfahren. Zum Schlusse wendet er sich gegen den allzugrossen Radicalismus in der operativen Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen; es komme hauptsächlich darauf an, ausgiebige Drainage zu beschaffen. Zum Schluss weist Verf. auf die Gefahren hin, die sich bei Radicaloperationen aus der Nähe der Meningen ergeben.

LEFFERTS.

33) **Moure** und **Brindel. Oberkieferhöhleneiterungen und Osteitis. (Sinusites maxillaires et osteïte.)** *Revue hebdom. de laryngologie etc. No. I. 1908.*

Die Osteitis, die bisweilen die chronischen Eiterungen des Antrums begleitet, muss als gutartige Complication betrachtet werden. Ihre Pathogenese kennen zu lernen, ist von Interesse, damit eine causale Therapie gegen sie eingeleitet werden kann. Diese Osteitis führt dazu, in gewissen Fällen eine bis dahin nicht erkannte Allgemeinerkrankung, z. B. Syphilis, zu diagnosticiren.

BRINDEL.

34) **Vaysse. Ueber die Pathogenese und Therapie der Oberkieferempyeme dentalen Ursprungs. (Sur la pathogénie et le traitement des empyèmes du sinus maxillaire d'origine dentaire.)** *Thèse de Paris. 1908.*

Jede mit Eiterung einhergehende Zahnaffection kann zur Entstehung eines Oberkieferempyems Anlass geben, welches auch der erkrankte Zahn sein mag. Die besten Resultate werden erzielt durch Extraction des erkrankten Zahnes mit nachfolgender Eröffnung der Alveole und Spülungen durch dieselbe.

A. CARTAZ.

35) **J. G. Connal. Diagnose und Behandlung des Oberkieferempyems. (The diagnosis and treatment of empyema of the maxillary antrum.)** *N. Y. Medical Journal. 18. Juli 1908.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

36) **Robert C. Myles. Die Indicationen für den endonasalen Weg bei der Behandlung der chronischen Highmorshöhleneiterung und dessen Vortheile gegenüber der Radicaloperation. (The indications for and the advantages of the intranasal route over the radical operation in the treatment of chronic symptoms of the antrum of Highmore.)** *The Laryngoscope. Juni 1907.*

Es sollen nach des Verf.'s zwanzigjähriger Erfahrung 85—90 pCt. aller Fälle auf intranasalem Wege geheilt werden.

EMIL MAYER.

37) **H. Holbrock Curtis. Die schnelle Eröffnung der Highmorshöhle durch den unteren Nasengang ohne allgemeine Narkose. (The rapid entrance of the maxillary antrum through the inferior meatus without general anesthesia.)** *The Laryngoscope. Mai 1907.*

Verf. giebt eine Besprechung, wie und mit welchen Instrumenten er die Höhle vom unteren Nasengang aus eröffnet.

EMIL MAYER.

38) **Derrick J. Vail. Eine Originalmethode zur Eröffnung des Antrum auf intranasalem Wege nebst Demonstration neuer Instrumente. (An original method of opening the antrum of Highmore intra-nasally with exhibition of new instruments.)** *The Laryngoscope. Januar 1908.*

Verf. macht die Operation unter Localanästhesie ohne vorherige Resection der unteren Muschel mit einem sägeartigen Instrument; er ist mit den Resultaten sehr zufrieden und rühmt vor allem die Schnelligkeit der Operation, die 3 bis 10 Minuten dauert.

EMIL MAYER.

39) **Solowzow. Ueber die Resection der nasalen Wand der Highmorshöhle bei chronischer Highmoritis. (O resekzi nosowoi stenki werchnetschl. pasuchi popowodu chron. gaimorit.)** *Jeshemesjatschnik. p. 213. 1908.*

S. macht die Oeffnung möglichst am Nasenboden und recht gross. Dieses ist für die Durchströmung der Luft von Bedeutung. Nachbehandlung ist nicht erforderlich.

P. HELLAT.

40) **Kronenberg** (Solingen). **Ueber die Operation des Empyems der Kieferhöhle von der Nase aus.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 685. 1909.*

Bei den weitaus meisten chronischen Kieferhöhleneiterungen genügt das Anlegen einer breiten Oeffnung ohne gleichzeitige Eröffnung vom Munde aus. Die bucconasale Methode ist nur ausnahmsweise nothwendig und wird mit der Zeit nach der Ansicht des Verfassers immer mehr an Anhängern verlieren.

OPPIKOFER.

41) **Mahu. Trepanation und Curettage der Oberkieferhöhle auf nasalem Wege. (Trépanation et curettage du sinus maxillaire par la voie nasale.)** *Presse médicale. Februar 1909.*

Die Operationsmethode besteht in einem vereinfachten Claoué'schen Verfahren, zu dem Verf. etwas modificirte Instrumente benutzt.

GONTIER de la ROCHE.

42) **G. Hicquet. Die Nachbehandlung bei der Operation der Oberkiefersinusiten. (Le traitement postopératoire des sinusites maxillaires.)** *La Policlinique. No. 2. 1908.*

H. operirt nach Luc-Caldwell; legt keine Naht an und schont die untere Muschel. Nach sorgfältiger Ausräumung der Höhle wischt er diese mit einem in Wasserstoffsuperoxyd getauchten Tampon aus, tamponirt sie dann sorgfältig mit Jodoformgaze, die er nach ca. 5 Tagen entfernt und überlässt die weitere Heilung der Natur, indem er weiter nichts als einen Wattetampon am Naseneingang tragen lässt. Dabei rasche Heilung.

BAYER.

43) **Sargnon** (Lyon). **Fremdkörper der Kieferhöhle; Extraction unter Endoskopie. (Corps étranger du sinus maxillaire; extraction sous endoscopie.)** *Lyon médical. 23. August 1908.*

Es handelte sich um ein Drain, das zu Spülungen benutzt worden war und nach Angaben des Patienten vor 14 Monaten in die Höhle gerathen war. Mit

Hülfe eines in die Oeffnung eingeführten Ohrentrichters entdeckte Verf. den Fremdkörper und extrahirte ihn.

GONTIER de la ROCHE.

44) **Richard Lake. Ein Fall von cystischer Erkrankung der Kieferhöhle. (A case of cystic disease of the maxillary antrum.)** *Lancet. 14. März 1908.*

Im Jahre 1897 wurden bei der 18jährigen Patientin Nasenpolypen entfernt. Im Jahre 1902 wurde ein grosser Choanal-(Antrum-)Polyp entfernt. Im Jahre 1905 verlegte ein grosser Polyp den rechten Nasengang. Während der Nacht entleerte sich eine grosse Menge klarer Flüssigkeit aus der Nase und die Nasenverstopfung verschwand. Im Jahre 1906 fand sich eine dünne Cystenwand und es wurden wieder cystische Polypen entfernt.

ADOLPH BRONNER.

45) **A. Elias. Beitrag zum Studium der Kiefercysten. (Contribution à l'étude des kystes dentaires maxillaires d'origine inflammatoire.)** *Dissert. Lyon 1906.*

E. konnte nur 9 Fälle von periodontalen Kiefercysten zusammenstellen; die Literatur ist somit nur unvollständig berücksichtigt. Bei 2 der 9 Fälle wurde eine histologische Untersuchung vorgenommen: die Cystenwand war mit Plattenepithel ausgekleidet. Die Radiographie unterstützt die Diagnose (zwei Photographien).

OPPIKOFER.

46) **Quenu. Epitheliom der Kieferhöhle. Resection der Oberkiefer. Heilung seit 10 Jahren. (Epithelioma du sinus maxillaire. Résection du maxillaire. Guérison datant de 10 ans.)** *Société de Chirurgie. 25. November 1908.*

Es musste später auch das Auge entfernt werden. Der grosse Defect wurde durch Plastik geschlossen. Verf. macht darauf aufmerksam, dass eine Betheiligung der Drüsen erst spät auftritt und dass daher diese Fälle, wenn sie frühzeitig operirt werden, eine verhältnissmässig günstige Prognose geben.

GONTIER de la ROCHE.

47) **Seyffarth** (Hannover). **Eine neue Nasenzange zur Erweiterung der Kieferhöhlenöffnung im mittleren Nasengange.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 4. 1908.*

Bei der in der Mittheilung abgebildeten Stanze ist „der bewegliche Löffel ganz an der Spitze des Instruments angebracht und schneidet nach rückwärts, nach dem Griff (also nach dem Naseneingang) zu“.

HECHT.

48) **P. Joseph Junis. Einige anatomische Variationen an der Stirnhöhle. (Some variations in the anatomy of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Bei über 100 menschlichen Schädeln, die Verf. kürzlich untersucht hat, variirte die Capacität der Höhle von 1,2 ccm bis 28,4 ccm. In dieser Serie von Untersuchungen war das Fehlen der Höhle nur einmal zu constatiren. Die Stirnhöhle fehlt bis zum 6. Lebensjahr. Um diese Zeit beginnt sie, sich als eine Protrusion von der Ethmoidalregion aus zu entwickeln und breitet sich langsam zwischen die beiden Tabulae des Stirnbeins aus, um ungefähr zur Pubertätszeit ihre volle Grösse zu erreichen.

EMIL MAYER.



49) **Ritter** (Berlin). **Ueber Verdoppelung und abnorme Bildung der Stirnhöhle.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 621. 1909.*

Eine Doppelbildung der Nebenhöhlen wird in der Stirnhöhle am häufigsten beobachtet aber meist als „Theilung" beschrieben. Diesen Ausdruck hält R. als nicht richtig; denn es handelt sich um eine thatsächliche Doppelbildung aus zwei von Anfang an getrennten Anlagen. R. betrachtet nun in seiner Arbeit die Doppelbildung der Stirnhöhle auf die Art ihrer Einmündung in den mittleren Nasengang und bespricht die verschiedensten Entstehungsmöglichkeiten.

Seine Angaben über Verdoppelung der Stirnhöhle werden durch 7 instructive Abbildungen erläutert.

OPPIKOFER.

50) **Sinclair Tousey. Die radiographische Topographie der Stirnhöhle und der anderen pneumatischen Gesichtshöhlen. (The radiographic topography of the frontal sinus and other pneumatic sinuses of the face.)** *N. Y. Medical Journal. 28. März 1908.*

Die Stirnhöhlenaufnahmen des Verf.'s sind mit Expositionsdauer von nur 30 Secunden und einem primären Strom von 18 Ampères gemacht. Viel leichter und nur eine Exposition von 15 Secunden erfordernd sind die seitlichen Aufnahmen.

LEFFERTS.

51) **Karl Vohsen. Ueber den Werth der Durchleuchtung bei Krankheiten der Stirnhöhle. (De la valeur de la diaphanoscopie dans les maladies du sinus frontal.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 9. 1907.*

Verf. betrachtet die Durchleuchtung bei Stirnhöhlenempyem als ein diagnostisches Zeichen von grösster Bedeutung, das durch eine Röntgenaufnahme in sagittaler Richtung ergänzt werden kann.

BRINDEL.

52) **Ziem** (Danzig). **Einige Worte über Entzündung der Stirnhöhle.** *Med. Klinik. 3. 1909.*

Kurze Besprechung der von Ziem geübten Methode der Probedurchspülung der Stirnhöhle in unsicheren Fällen von Sinusitis frontalis, während der Durchleuchtung nur ein geringer Werth beigemessen wird.

SEIFERT.

53) **Gallemaerts** und **Delsaux** (Brüssel). **Doppelseitige Stirnhöhlenentzündung, complicirt mit linksseitiger eitriger Mittelohrentzündung und obliterirender Thrombose des entsprechenden Sinus lateralis. (Antrite frontale double compliquée d'otite muqueuse purulente gauche avec thrombose oblitérante du sinus latéral correspondant.)** *La Presse Oto-laryngol. Belge. No. 1. 1908.*

Beobachtung, begleitet von Reflexionen über:

1. die ungeahnten Gefahren, welche bei eitrigen Gesichtssinusiten diejenigen laufen, die damit behaftet sind, wie das der Fall ist im vorliegenden Fall;

2. die gewählte Technik (Verfahren von Kuhnt);

3. die Verbreitung der septischen Keime von den Höhlen auf das Ohr; durch Gewebscontinuität oder durch Infection auf Distanz (Blut- oder Lymphwege).

Der zweite Mechanismus ist es, den die Autoren für ihren Fall in Anspruch nehmen.

4. Die Constatirung, dass die Otitis keine Antritis veranlasst hat, obgleich jenseits des Antrums mit Granulationen ausgefüllte Herde vorhanden waren.

PARMENTIER.

54) **Breyre. Subacute Sinusitis frontalis. (Sinusite frontale subaigue.)** *Gazette Méd. Belge. No. 20. 1908.*

In der Februar-Sitzung der medico-chir. Gesellschaft von Lüttich von 1908 stellt B. einen Kranken vor mit einer kleinen Narbe an der Stirn, herrührend von der Trepanation des Sinus frontalis wegen einer subacuten eitrigen Frontalsinusitis.

BAYER.

55) **H. Burger** (Amsterdam). **Ein Fall von beiderseitiger Stirnhöhlenentzündung. (En geval van beiderzydsche ontsteking der voorhoofdsholte.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 8. 1908.*

Ein Fall mit protrahirtem Heilungsverlauf. Das 23jährige Mädchen war schon früher nach Luc operirt worden. Eine eiternde Fistel am linken inneren Augenwinkel war zurückgeblieben. Operation nach Killian in Chloroformnarkose. Die linke Höhle war ausserordentlich gross und reichte bis an die Haargrenze hinauf. Beide Höhlen waren mit Eiter und Granulationen ausgefüllt. Während die linke Höhle schnell heilte, blieb rechts die Eiterung fortbestehen und es entstand ein chronischer Entzündungsprocess am Oberkiefer, der zu wiederholter Abstossung von kleinen Sequestern führte. Erst nach einer zweiten Operation, bei der sich in dem offenbar unvollständig entfernten vorderen Siebbein noch Eiter und Granulationen vorfanden, wurde definitive Heilung erreicht, allerdings mit unschönen Narben. B. verbreitet sich über den relativen Werth der verschiedenen Operationsmethoden und über den Werth der Röntgenographie.

H. BURGER.

56) **Frank Brawley. Der Kopfschmerz bei Stirnhöhlenentzündung. (The headache of frontal sinusitis.)** *Journal Ophthalmology, Otology and Laryngology. Mai 1908.*

Geht der Kopfschmerz nach Adrenalin-Cocainapplication auf das vordere Ende der mittleren Muschel zurück, so kann man ihn durch Resection desselben beseitigen.

EMIL MAYER.

57) **R. Weill. Die Orbitalphlegmone im Anschluss an Stirnhöhleneiterung. (Des phlegmons de l'orbite consécutifs aux sinusites frontales.)** *Dissert. Montpellier 1907.*

Nach Besprechung des Krankheitsbildes Aufzählen einiger zum Theil selbstbeobachteter Fälle.

OPPIKOFER.

58) **E. Fletcher Ingals. Intranasale Drainage der Stirnhöhle. (Intranasal drainage of the frontal sinus.)** *Journal American Medical Association. 9. Mai 1908.*

In den meisten Fällen sind Spülungen nach der vom Verf. empfohlenen endonasalen Eröffnung der Höhle nicht nöthig, eine Zeit lang sollte sie jedoch mindestens einmal täglich ausgespült werden, damit sich das Röhrchen nicht verstopft. Als das beste Spülmittel empfiehlt Verf. 10—20proc. Argyrol. Verf. em-

pfiehlt seine Methode auf das Wärmste. Was deren Gefahren betrifft, so sagt er: „Freilegung der Dura in der Stirnhöhle dürfte nicht gefährlicher erscheinen, als dieses Vorkommniss bei Operationen wegen Eiterungen des Warzenfortsatzes ist, wo in einem grossen Procentsatz der Fälle eine solche Freilegung vorkommt." Selbst in Fällen, in denen keine Heilung eintritt, wird durch diese endonasale Operation jedenfalls freie Drainage gesichert. Verf. behauptet, dass wahrscheinlich 95 pCt. aller geeigneten Fälle innerhalb 2 Wochen bis 6 Monaten zur Heilung kommen. In allen Fällen sollte zunächst diese endonasale Operation gemacht werden.

EMIL MAYER.

59) **Ross Hall Skillern. Die Vorzüge und Nachtheile der endonasalen Operationsmethode bei Stirnhöhlenempyem. (The advantages and disadvantages of the endo-nasal method of operating for empyema of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. Juni 1908.*

Die endonasale Operation nach Fletcher Ingals ist nach Ansicht des Verf.'s indicirt in allen Fällen von acutem Empyem, wo heftige Beschwerden bestehen und wo die übliche conservative Methode oder Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel keine Heilung bringt. Die Halle'sche Operation soll angewandt werden, wenn bei chronischem Empyem ein kleiner Sinus vorhanden oder — ohne Rücksicht auf die Grösse der Höhle — wenn Grund besteht, dass kein Vorhandensein grosser pathologischer Veränderungen in der Höhle anzunehmen ist oder wenn kosmetische Rücksichten ausschlaggebend sind. Contraindicirt sind die endonasalen Operationen, wenn es nicht möglich ist, eine Sonde in die Höhle einzuführen, bei Bildung von Abscess-Fisteln, beim Verdacht auf intracranielle Complicationen. Die endonasale Operation wird wahrscheinlich ohne Resultat sein, wenn tiefgehende Veränderungen im Sinus vorhanden sind, wenn zahlreiche Kammerungen und Septa in der Höhle sind, wenn grosse Orbitalzellen vorhanden sind, die gleichfalls erkrankt sind.

EMIL MAYER.

60) **Van den Wildenberg. Ein in einer einzigen Sitzung an einer doppelseitigen Sinusitis frontalis und ethmoido-sphenoidalis operirter Kranker. (Malade opéré en une seule séance de double sinusite frontale et ethmoïdo-sphénoïdale.)** *Anvers médicale. No. 1. 1908.*

Vorstellung eines Kranken, welcher wegen hartnäckigen Asthmas, Cephalalgie und Schlaflosigkei bei recidivirender, die Stirn und Ethmoidalhöhlen ausfüllenden Schleimpolypen vom Autor durch die gleichzeitige Vornahme der Radicalcur bilateraler chronischer Fronto-ethmoidal-Sinusiten geheilt wurden.

BAYER.

61) **G. Hicguet. Zwei Fälle von Sinusitis frontomaxillaris operirt nach verschiedenen Verfahren. Heilung. (Deux cas de sinusite fronto-maxillaire opérés suivant des procédés différents. Guérison.)** *La Policlinique. No. 8. 1908.*

In der Sitzung der Poliklinik am 13. März 1908 berichtet H. über:

1. einen Fall von Sinusitis frontomaxill. sinistra: Radicaloperation nach Luc-Caldwell am 20. December 1907 und Operation des Sinus frontal. nach Killian am 16. Januar 1908, später musste der Sinus frontal. nochmals eröffnet und curettirt werden wegen einer Caries am Orbitalbogen, welchen H. als Stütze

für die Weichtheile zurückgelassen hatte. Sirop de Gebert endlich wegen Verdacht auf Lues. Darauf vollständige Heilung;

2. einen Fall von Sinusitis frontomaxillaris dextra bei einer 54jährigen Frau: Incision nach Moure mit Trepanation des aufsteigenden Unterkieferastes; Resection der unteren Sinuswand und sorgfältige Curettage. Trepanation und Curettage des Sin. maxill. von der Gesichtsseite aus, Drainage nach dem unteren Nasengang: Tamponade mit Jodoformgaze etc. Nach 8 Tagen hat der Nasenausfluss aufgehört.

BAYER.

62) **ter Kuile** (Holland). **Ueber doppelseitige Stirnhöhlenoperation und deren ästhetischen Effect.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 645. 1909.*

K. macht darauf aufmerksam, dass man bei doppelseitiger Stirnhöhleneiterung manchmal auch ohne Stehenlassen einer Brücke ein befriedigendes kosmetisches Resultat erzielen kann. Mehrere Photographien.

Verf. bespricht im Ferneren die Therapie der acuten Stirnhöhleneiterung und nimmt in dieser Frage einen zu chirurgischen Standpunkt ein: bei der ersten Consultation macht K., um eine Abschwellung zu bewirken, einen Einschnitt durch die Mucosa und den „Knorpel" der mittleren Muschel. Ist die Heilung durch diese vielleicht nach einmal wiederholte Manipulation nach 10 Tagen noch nicht erreicht, so wird in der Vorderwand der Stirnhöhle eine Oeffnüng angelegt.

OPPIKOFER.

63) **John F. Barnhill. Einige chirurgische Grundsätze, die für die Behandlung der Stirnhöhlenempyeme von Bedeutung sind. (Some surgical principles essential to the cure of frontal sinus empyemes.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1908.*

Verf. redet der offenen Nachbehandlung das Wort. Man ist — wenigstens in den meisten Fällen — im Stande, die Bildung kräftiger Granulationen zu erzielen, die den Sinus schnell bis zum Niveau der Haut ausfüllen; dann, aber nicht früher, soll man dieser erlauben, die Wunde zu überbrücken. Es wird so ein Minimum an Depression und Narbengewebe erzielt. Nöthig dazu jedoch ist, dass der Chirurg über die Granulationsbildung die nöthige Controle übt; Bedingungen zum Gelingen sind: Genügende Drainage, Fehlen unnöthigen Drucks auf die Granulationen und eine von vornherein in geeigneter Weise präparirte Wunde.

EMIL MAYER.

64) **M. Paunz** (Budapest). **Mucocele fronto-ethmoidalis lat. sin.** *Orvosi Hetilap. 1908. Beilage: Szemészet. No. 2—3.*

In dem linken inneren Augenwinkel hat sich ohne besondere Ursache eine halbnussgrosse, fluctuirende Vorwölbung gebildet, welche den Bulbus nach auswärts dislocirte. Radicale Operation der Stirnhöhle nach Killian. Es stellte sich heraus, dass Siebbeinzellen und Stirnhöhle eine grosse gemeinsame, glattwandige Höhle bildeten, welche mit bernsteinfarbiger Flüssigkeit angefüllt war. Lamina

papyracea und Hinterwand der Stirnhöhle waren usurirt. Die primäre Naht musste im unteren Wundwinkel wegen Eiterung geöffnet werden. Dann glatte Heilung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

65) **Hajek** (Wien). **Acutes Empyem des Siebbeinlabyrinthes mit hochgradigem Exophthalmus. Endonasale Eröffnung. Heilung. Ein Beitrag der Frage der Dilatation der Nebenhöhlenwände bei acuten Entzündungen.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 629. 1909.*

Während eines heftigen Schnupfens trat bei einem männlichen Erwachsenen ohne Fieber hochgradiger rechtsseitiger Exophthalmus auf, ohne Schwellung der Augenlider und ohne Conjunctivitis und ohne Bewegungsbeschränkung des Bulbus. Die Untersuchung ergab Kieferhöhlen- und Siebbeinzelleneiterung rechts. Die Siebbeingegend erwies sich bei der Sondenuntersuchung als elastisch.

Bei der endonasalen Eröffnung des Siebbeins entleerten sich aus einer grossen retrobulbär in die Orbita sich hineinwölbenden Zelle zwei Kaffeelöffel voll Eiter: sofortiges Verschwinden des Exophthalmus und rasche Heilung der Siebbeinzelleneiterung.

Bemerkenswerth sind an der Beobachtung:

1. Die aborme Grösse der Siebbeinzelle.
2. Die Entstehung einer hochgradigen Dilatation infolge einer acuten eitrigen Entzündung.
3. Das rasche Verschwinden der Dilatationserscheinungen nach Abfluss des Eiters.

OPPIKOFER.

66) **Skillern** (Philadelphia). **Ein Fall von geschlossenem Empyemen der hinteren Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle, welche erst nach der Entfernung der mittleren Muschel acut geworden sind.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 337. 1908.*

Die ausführliche Krankengeschichte könnte auch anders als im Titel angegeben gedeutet werden: es hat sich bei einer neurasthenischen Patientin im Anschluss an eine nicht unbedingt nothwendige Entfernung der mittleren Muschel eine acute combinirte Nebenhöhleneiterung entwickelt, die glücklicherweise günstig verlief.

OPPIKOFER.

67) **Vernieuwe** (Gent). **Beitrag zum Studium der geschlossenen Siebbeinsinusiten. (Contribution à l'étude des sinusites éthmoïdales closes.)** *La Presse oto-laryngol. Belges. No. 6. 1907.*

Der Autor schliesst, indem er sagt, dass der endonasale Weg häufig zu schnell verworfen wird, obgleich er da, wo er eingeschlagen werden kann, die zu wählende Methode bilde.

PARMENTIER.

68) **G. Trautmann** (München). **Acute Keilbeinhöhleneiterung mit intracranieller und orbitaler Complication.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 381. 1908.*

Verf. geht des Näheren auf die Literatur der isolirten Keilbeinhöhleneiterungen mit intracranialen und orbitalen Complicationen ein und fügt diesen Fällen

einen eigenen an: Es handelt sich um einen 15jährigen jungen Mann, der ganz plötzlich mit Fieber und Kopfschmerzen erkrankte. Am nächsten Tage Erbrechen, Nackensteifigkeit und Schwellung des rechten oberen Augenlides.

Nase: Beiderseits geröthete Schleimhaut. In den oberen Partien schleimiges Secret und viele Borken. Puls 100, klein; Temp. 38,5 in axilla.

Ohren: Rechts normal, links grosser Trommelfelldefect, Mittelohrschleimhaut epidermisirt, nicht geröthet. Nachdem 5 Tage lang das Befinden dauernd gleich schlecht geblieben, die Papille des Nervus opticus leicht geröthet und die Grenzen unscharf erschienen, wird zur Eröffnung beider Stirnhöhlen geschritten. Da dieselben negativen Befund boten, wird die Radicaloperation des linken Ohres und Freilegung des linken Sinus transversus vorgenommen, der sich auch ohne pathologischen Befund erweist.

Die daraufhin vorgenommene Freilegung der Dura von der Stirnhöhle aus und Punction der angrenzenden Stellen ergaben ebenfalls nichts Krankhaftes. Nachdem in der folgenden Nacht der Exitus eingetreten, wird bei der Section folgender Befund erhoben: Septicopyämie. Empyem der Keilbeinhöhlen von eitriger Rhinitis mit eitriger Phlebitis der Sinus cavernosi und beginnender eitrig-hämorrhagischer basaler Meningitis. Zahlreiche, besonders subpleurale Lungenabscesse mit Durchbrüchen auf die Pleura. Milzschwellung etc.

Ausstrich und Kultur vom Eiter der Keilbeinhöhle ergaben ausschliesslich Staphylokokken.

Die Thatsache, dass pathologische Veränderungen am Ohr auch bei der Section nicht gefunden wurden, ist ungemein wichtig, da klinisch sehr wohl ein ausgeheilter Mittelohrprocess scheinbar vorliegen kann, eine acut auftretende intracranielle Erkrankung, die trotzdem ihren Weg vom Ohr aus genommen haben kann. Nach dem Obductionsbefund ist der Ort der primären Infection im Epipharynx und in den obersten Abschnitten der Nase zu suchen. Von dort aus wurden die Keilbeinhöhlen, zuerst die rechte, dann die linke von den Ostien aus ergriffen. Hierauf wurde der Keilbeinkörper von den Staphylokokken durchwandert. Der Fall hat die grösste Aehnlichkeit mit Cerebrospinalmeningitis.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

69) **Thomson. Ursachen und Symptome der Thrombose des Sinus cavernosus.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 467. 1908.*

Die Keilbeinhöhleneiterung, Ursache einer Thrombose des Sinus cavernosus, wird nicht selten übersehen. Zwei Photographien demonstrieren die starke Protrusion des Bulbus.

OPPIKOFER.

70) **Francis P. Emerson. Fehlen der rechten äusseren Keilbeinhöhlenwand, die durch eine direct mit dem Sinus cavernosus communicirende Vene eingenommen wird. Operation; Tod; Autopsie. (Absence of the outer right sphenoidal wall occupied by a vein communicating directy with the cavernous sinus. Operation. Fatality and Autopsy.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1908.*

Bei gründlicher Untersuchung wurde in der rechten Keilbeinhöhle eine cariöse Stelle an der Aussenwand mit einer weichen Masse dahinter gefunden.



Diese wurde in Anbetracht einer früheren Operation für eine polypoide gehalten und es wurde aus Furcht vor einer etwaigen Blutung nur mit grosser Vorsicht sondirt. Die mittlere Muschel und die vordere Keilbeinhöhlenwand waren bereits entfernt. Eine Curette wurde eingeführt, damit hinter die vorhandene Masse gegangen und vorsichtig das Instrument wieder herausgezogen; es folgte eine profuse Blutung und eine Convulsion. Patient wurde bewusstlos. Eine schnelle Tamponade brachte die Blutung nach aussen zum Stillstand, jedoch traten Hirndruckerscheinungen auf und 7 Stunden nach dem Eingriff starb die Patientin.

Bei der Section fand man eine grosse Dehiscenz in der Aussenwand, die von einer grossen varicösen Vene eingenommen wurde und direct mit dem Sinus cavernosus communicirte. Die noch vorhandenen Ethmoidalzellen waren nekrotisch und mit Eiter gefüllt.

EMIL MAYER.

71) **R. H. Skillern** (Philadelphia). **Der gegenwärtige Stand der Radicaloperation für Empyeme der Keilbeinhöhle nebst Demonstration eines neuen Instrumentes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 415. 1908.*

Verf. bespricht der Reihe nach die Methoden der Keilbeinhöhlenoperation.

Die Frontalmethode, die wohl nur bei gleichzeitiger Erkrankung der Stirnhöhle angewandt wird.

Die Eröffnung von der Augenhöhle aus.

Jansen's Methode (von der Kieferhöhle aus).

Berens, Furet's Methode.

Die indirecten endonasalen Methoden.

Die von Killian angegebene Methode besteht in der Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel und der Eröffnung der Bulla ethmoidalis. Zunächst wird das Instrument durch die verschiedenen Lamellen geschoben bis zur vorderen Keilbeinhöhlenwand. Bei grosser hinterer Siebbeinzelle wird die Procedur leicht misslingen können.

Schädle in St. Paul U. S. A. operirt an der vorderen Keilbeinhöhlenwand unter Leitung eines in den Nasenrachenraum gehaltenen Spiegels.

Die directen endonasalen Methoden mit vorhergehender Resection der mittleren Muschel und gleichzeitiger Entfernung der hinteren Siebbeinzellen, wobei das ganze Operationsfeld sichtbar wird.

Verf. verfährt nach letzterer Methode und gebraucht zur Eröffnung der vorderen Keilbeinhöhlenwand folgendes Instrument: Es besteht aus zwei gleichförmig zugespitzten, am Ende mit halbkegelförmigen Erweiterungen versehenen Branchen; auf den hinteren Seiten dieser Erweiterungen befinden sich schneidende Kanten und gerade hinten ein Schutz, damit man nicht zu rasch in die Höhle hineingleiten soll. (Die Abbildung dieses Evulsors ist beigefügt.)

Verf. beschreibt dann die Ausführung seiner Operation und fasst die Vortheile zusammen:

1. Das Operationsfeld bleibt immer sichtbar.
2. Die Keilbeinhöhle wird von innen nach aussen geöffnet, dabei wird man die Gefahr der Verletzung der auf ihr liegenden Strukturen vermeiden.

3. Wegen der grossen Oeffnung kann ein Stagniren des Eiters in der Keilbeinhöhle, welche dieselbe zu einer Entzündung reizt, nicht mehr vorkommen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

72) **Vorschütz** (Köln). **Zwei Fälle von exstirpirten malignen Tumoren der Keilbeinhöhle.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 94. 1909.*

Operation in beiden Fällen nach Partsch. SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

73) **Sternberg** (Berlin). **Compendiöser quantitativer Gustometer zu klinischen Zwecken.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 14. 1907.*

In einem Kasten befinden sich drei Flaschen mit je Chloroform als Süssstoff, Aether als Bitterstoff und 60proc. Essigsäure als Sauerstoff. In einem besonderen Fach wird für jede Flasche eine auf die Flasche aufsetzbare, regulirbare Luftpumpe aufbewahrt, mittels welcher man abmessbare Mengen des Schmeckstoffes auf die Zunge zur Prüfung bringen kann. ALBANUS (ZARNIKO).

74) **Max Joseph. Leukoplakie der Mundhöhle und deren Behandlung. (Leukoplakia of the mouth and its treatment.)** *American Journal of Dermatology. December 1908.*

Mit der Zeit werden die meisten Flecken immer härter (Leukokeratonie). Sobald diese Härte sich entwickelt, werden die vorher unerheblichen subjectiven Symptome ausgesprochener; es treten heftige und lancinirende Schmerzen auf und es bilden sich Fissuren. Als locale Behandlung empfiehlt Verf. Aetzungen mit Milchsäure, mit 5proc. beginnend und bis 50proc. steigend. EMIL MAYER.

75) **H. G. Anthony. Pigmentation der Mundhöhle. (Pigmentation of the mouth.)** *N. Y. Medical Record. 28. November 1908.*

A. zählt die verschiedenen Formen der Pigmentation auf. Was die congenitalen anbetrifft, so hält er das Vorkommen von angeborenen Naevi der Mundschleimhaut für sicher und hat selbst solchen Fall gesehen. Auch in dem Fall von Roy (Laryngoscope 1907, S. 868), in dem nachher ein Epitheliom der Mundhöhle entstand, handelte es sich um einen Naevus. Erworbene Pigmentationen kommen vor nach traumatischer Hämorrhagie, bei Addison'scher Krankheit, Skleroderma und Phtiriasis. Die grösste Anzahl der Pigmentationen in der Mundhöhle jedoch ist auf keine dieser Krankheiten zurückzuführen; sie sind fast stets auf der Schleimhaut der Lippen localisirt und bestehen gewöhnlich in scharf begrenzten Pigmentflecken, von deren Existenz die Patienten gewöhnlich nichts wissen. Verf. hat sie niemals bei Gesunden, sondern stets nur bei Personen, die an gastrointestinalen Störungen, Diabetes und Neurasthenie leiden, beobachtet.

LEFFERTS.

76) **Trautmann** (München). **Ueber einen Fall von isolirtem Lichen planus mucosae oris bei einem Luetiker.** *Dermat. Centralbl. XII. 4. 1909.*

Bei dem vor 8 Jahren luetisch inficirt gewesenen und zur Zeit an einem gummösen Process des rechten Siebbeins leidenden 26jährigen Manne beobachtete

T. einen auf der rechten Wangenschleimhaut localisirten Lichen ruber planus, ohne dass an der äusseren Haut sich Lichen nachweisen liess. SEIFERT.

77) **Joseph** (Berlin). **Ein ungewöhnlicher Fall von Lichen planus der Mundschleimhaut.** *Dermat. Centralbl. 4. 1909.*

Bei einem 35jährigen Manne traten nach längere Zeit vorangegangenen eigenartigen prämonitorischen Beschwerden gleichzeitig mit Lichenknötchen an der Glans penis Planusknötchen auf der ganzen Zunge auf. Nach Abheilung dieser Eruption fand plötzlich unter Abgeschlagenheit und Schwäche eine enorme Ausbreitung des Lichen auf der Mundschleimhaut statt. SEIFERT.

78) **Royer, Bory** und **Sartory. Oesporose der Mundhöhle. (Oesperose buccale.)** *Société médicale des hôpitaux. 19. Februar 1909.*

Verff. lenken die Aufmerksamkeit auf einen dem Strahlenpilz verwandten Pilz, Oospora buccalis, den man häufig im Verlauf von Mundentzündungen antrifft. Er tritt gewöhnlich in Form einer Tonsillitis mit weissen Flecken auf.

GONTIER de la ROCHE.

79) **Thibièrge** und **Gastou. Drei Fälle von Sporotrichose, von denen einer mit Rachenveränderungen. (Trois cas de Sporotrichose dont un avec lesions du pharynx.)** *Société médicale des hôpitaux. 19. März 1909.*

Das Gaumengewölbe, das Gaumensegel, die Gaumenbögen, Uvula, Mandeln sind der Sitz einer sehr oberflächlichen Geschwürsbildung auf einer diffusen Infiltration. Die Oberfläche ist filzig, weiss, sieht wie Brotkrume aus. Diese Geschwürsbildung befällt gleichmässig die Epiglottis und das Vestibulum laryngis.

Es ist dies der dritte Fall von Sporotrichose des Pharynx.

GONTIER de la ROCHE.

80) **M. Ruprecht** (Bremen). **Zur Pneumokokkeninvasion des Halses. Bemerkung zu Sir Felix Semon's Aufsatz in Heft 7, Jahrg. 1908 dieser Zeitschrift.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. Heft 10. 1908.*

Ruprecht vermuthet, dass die zweite Mittheilung Semon's zu einer irrthümlichen Auffassung seiner Einwände Veranlassung geben könne; er stehe der Möglichkeit einer potentiellen Infectionsfähigkeit des Fränkel'schen Diplococcus durchaus nicht zweifelnd gegenüber, er habe nur folgendermaassen argumentirt: „Weil der Diplococcus (Fränkel) der regelmässigste Rachenbewohner ist und weil gerade seine virulente Varietät mit grösserer Wachsthumsenergie begabt ist, als die übrigen Rachenpilze, wird er in Rachenabwischculturen leicht dominiren und eine irreführende Rolle spielen. Daher sind Befunde dieser Diplokokken beim Kulturverfahren mit besonderer Vorsicht aufzunehmen." Es wäre daher bei diesen Fällen eine Virulenzprüfung der Diplokokken durch Thierexperiment wünschenswerth. Dennoch halte er es nach Semon's letzter Mittheilung für wahrscheinlich, dass hier eine bislang nicht beobachtete eigenartig charakterisirte Erkrankung vorliege. HECHT.

81) **N. Sack** (Moskau). **Einige Bemerkungen zum Aufsatz des Herrn F. Semon: „Noch einmal zur Frage der Pneumokokkeninvasion des Halses."** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 10. 1908.*

Sack erinnert an einen von ihm früher publicirten (Monatsschr. f. Ohrenheilkde .etc. 1904, Heft 8) ähnlichen Fall, bei dem es sich um eine Mischinfektion von Lues mit Angina Vincenti handelte, und giebt seiner Meinung dahin Ausdruck, dass man bei solchen ätiologisch dunklen, protrahirten Krankheitsfällen „zuerst an Mischinfectionen von zwei, event. auch mehreren verschiedenen Krankheitsformen denken müsse". Er vermuthet, dass es sich bei den Semon'schen Fällen auch um eine Symbiose von zwei Krankheitsformen — Lues und Pneumokokkeninvasion — gehandelt habe. „Auf den Schleimhäuten können sich, ebenso wie auf der Epidermis, gleichzeitig zwei ganz verschiedene Krankheitsprocesse abspielen, die sich gegenseitig unterstützen und das Bild der Erkrankung unverständlich machen."

HECHT.

82) **Mann** (München). **Ueber fibrinöse Schleimhautentzündung (Stomatitis fibrinosa) durch Pneumokokkeninfektion.** *Münch. med. Wochenschr. No. 2. 1909.*

Die Krankengeschichten dreier einschlägiger Fälle werden in extenso mitgetheilt und deren bakteriologisches Untersuchungsresultat eingehend besprochen. Es liess sich bei allen 3 Fällen ein typisches, durch Pneumokokkeninfection des Blutes hervorgerufenes Krankheitsbild auffinden. Das bei dem ersten Falle wiederholt eingespritzte Römer'sche Pneumokokkenserum beeinflusste den Krankheitsverlauf nach keiner Richtung.

HECHT.

83) **Schomerus** (Hamburg). **Endemisches Auftreten der Angina pneumococcica.** *Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1909.*

Schomerus berichtet über zwei Angina-Endemien, die in der Entbindungsanstalt des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf auftraten. Die bakteriologische Untersuchung ergab durch Kulturen von Schleimhautabstrichen den Diplococcus lanceolatus rein oder fast in Reinkultur. Die Angina trat entweder unter der erythematösen oder unter der pseudomembranösen Form auf und verlief mild, das Wochenbett wurde in seinem Ablauf nicht gestört. Bemerkenswertherweise blieben die Neugeborenen von jeder Pneumokokkenerkrankung verschont. Als charakteristisch für diese Pneumokokkenanginen konnte Autor fast regelmässig neben der intensiven Schleimhautröthung „circumscripte, grauweissglasige, glatte Epitheltrübungen auf dem vorderen Gaumenbogen oder auf der Uvula" beobachten.

HECHT.

84) **Dubreuil Chambardel. Asialie infolge totaler Atrophie der Speicheldrüsen. (Asialie par atrophie totale des glandes salivaires.)** *Gaz. méd. du Centre. 1. März 1908.*

Die Beobachtung betrifft einen 61 jährigen Mann. Verf. citirt eine analoge Beobachtung von Zajari und giebt eine Uebersicht über die Störungen der Speichelsecretion sowie die Ursachen, die für Entstehung einer Atrophie der Speicheldrüsen in Betracht kommen.

BRINDEL.

85) **Souques** und **Cheué. Atypische Formen der Mikulicz'schen Krankheit. (Formes atypiques de la maladie de Mikulicz.)** *Société médicale des hôpitaux de Paris. 26. Februar 1909.*

Der Fall, betrifft einen 82jährigen Greis, der seit der Kindheit, vielleicht seit der Geburt, eine beiderseitige symmetrische Schwellung der Speicheldrüsen, der Parotis und Submaxillaris aufweist. Diese Hypertrophie ist von keinen Beschwerden, keinerlei Schmerzen begleitet. Die Thränendrüsen sind normal. Es hat sich keine diathetische Ursache für die Erkrankung auffinden lassen.

Verf. betrachtet — trotz der Integrität der Thränendrüsen — den Fall als eine atypische und unvollkommene Form der Mikulicz'schen Krankheit.

A. CARTAZ.

86) **Isabella C. Herb. Experimenteller Mumps. (Experimental mumps.)** *Transactions Chicago Pathological Soc. August 1908.*

Verf. hat unter anderen einen Coccus isolirt, der bei Parotitis am häufigsten als Diplococcus sich findet. Bezüglich des anatomischen Befundes wird gesagt: „Die Parotis ist gleichmässig vergrössert und fest. Von der Schnittfläche tritt ein dünnes, gelbliches Exsudat hervor. Die glanduläre Structur ist wohl erhalten. In den Frühstadien besteht eine leichte Schwellung der Zellen in den Acini und gelegentlich eine Undeutlichkeit der Kerne. Später kommt eine Einwanderung von Leukocyten hinzu. Die interstitiellen Veränderungen bestehen in serösem Exsudat und Einwanderung von Leukozyten. Es besteht intensive Hyperämie und gelegentlich Diapedese rother Blutkörperchen, gelegentlich kommt es sogar bis zu leichter Hämorrhagie. In dem über der Drüse liegenden Gewebe besteht eine ausgesprochene zellige und seröse Infiltration. Nach Resorption des Exsudats kehrt die Drüse schnell zur Norm zurück."

EMIL MAYER.

87) **Magnard Heath. Bemerkung über einen Fall von eitriger Parotitis bei einem Kind. (A note on a case of suppurative Parotitis in an infant.)** *Lancet. 8. August 1908.*

Ein drei Monate altes Kind war drei Monate lang krank mit Temperatursteigerung. Es trat Schielen und Nackensteifigkeit ein, sowie Cheyne-Stokessches Athmen während 24 Stunden. Dann zeigte sich eine Schwellung der Parotis. Der Eiter im Ductus Stenonianus enthielt Staphylococcus pyogenes citreus. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

88) **Wertheim. Ein Fall von Verletzung des Nervus sublingualis. (Przypadek uszkodzenia nerwu podjezykowego.)** *Medycyna. 1908.*

Ein sehr seltener Fall betraf einen 17jährigen Jüngling, der einen Stich in den Hals erhielt, wobei eine sehr reichliche, bis zur Ohnmacht sich steigernde Blutung eintrat. Die Wunde befand sich auf der linken Halsseite in der Gegend des Cornu majus ossis hyoidei und hatte ca. 1 cm Länge. Die Austrittsswunde befand sich an der rechten Halsseite unterhalb der Mandibula und hatte ca. 2 cm Länge. Der Zustand des Kranken war schwer. Mit Mühe wurde die verletzte Arterie und Vena lingualis gefunden, sie lag ziemlich in der Mitte des sog. Pirogoff'schen Dreiecks, wo man gewöhnlich die klassische Unterbindung der ge-

nannten Arterie vollzieht. Die beiden verletzten Arterien wurden unterbunden, die Wunde zugenäht und dem Patienten darauf 700 g physiologischer Kochsalzlösung eingespritzt. 3 Tage darauf entstanden allmählich Erscheinungen, die dafür sprachen, dass nicht nur die Gefässe, sondern auch die Nerven verletzt waren, es bestand deutliche nasale Sprache. Der Kranke begann zu stammeln und klagte über Schmerzen bei Zungenbewegung. 2 Wochen nach der Verletzung wurde deutlich Blässe der linken Hälfte der Zunge, die dabei etwas schmäler erschien, gefunden. Bei Bewegungen wurde deutlich eine Verminderung der Beweglichkeit der linken Hälfte wahrgenommen, die Seite zeigte auch eine deutlich verminderte Reaction auf den faradischen Strom. Geschmack und Tastsinn waren auf beiden Seiten unverändert. Im gebesserten Zustande verliess der Kranke einige Tage darauf das Krankenhaus.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) **Notiz des Herausgebers. Speichelstein. (Salivary calculus.)** *American Journal of Surgery. October 1908.*

Es werden die Symptome des Speichelsteins, seine Differentialdiagnose gegen die acute Entzündung der Submaxillaris und die Art seiner operativen Entfernung besprochen.

EMIL MAYER.

90) **H. Haenisch** (Kiel). **Ueber die pathologische Anatomie und Aetiologie der schwarzen Haarzunge.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 430. 1908.*

Verf. führt aus Kultur und histologischen Untersuchungen den Beweis, dass die schwarze Haarzunge keine Mykose ist und gelegentliche Funde von schwarzen Pilzen auch nichts mit der Aetiologie dieser Krankheit zu thun haben. Man sieht aus seinen Abbildungen, wie aus dem Epithellager der Papille sich die Fortsätze zuerst von festgefügten, häufig dachziegelförmig angeordneten Epithelien mit deutlich gefärbten Kernen bilden, wie dann im weiteren Verlaufe die Epithelien immer fester aneinander liegen, allmählich ihre Kerne verlieren und weiterhin nur noch als homogene Masse mit theilweise abgeschilferten Rändern und häufig gespaltener Spitze zu erkennen sind. Zwischen den einzelnen Fortsätzen liegen viele lose Plattenepithelien. Die Haare sind demnach also weiter nichts als hypertropische, distalwärts verhornte Papillae filiformes.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

91) **M. L. Bizard. Schwärzung der Zunge durch Wasserstoffsuperoxyd. (Blackening of the tongue by Hydregen Dioxide.)** *N. Y. Medical Journal. 14. November 1908.*

Bei einem Raucher stellte sich nach 8tägigem Gebrauch eines Mundwassers, das aus einem Theelöffel Wasserstoffsuperoxyd auf ein Glas Wasser bestand, eine ausgesprochene Schwarzfärbung des Zungenrückens ein, die nach Aussetzen des Mundwassers in einigen Tagen wieder verschwand. Derselbe Effect war bei zwei Patienten, die während einer Injectionscur mit grauem Oel das gleiche Mundwasser benutzten.

Verf. bespricht im Anschluss daran die Frage von der Wahl der Mundwässer und gelangt zu dem Ergebniss, dass bei gesunden Personen sich der Gebrauch von Antisepticis erübrigt und es nur auf peinliche Reinigung ankommt.

LEFFERTS.

92) **Richard W. Johnston. Einige interes** **tongue cases.)** *The Laryngoscope. Apr*

Verf. beschreibt folgende Fälle:

1. Schwarze Haarzunge. Nigrities. H
2. Varicöse Venen auf der Zunge.
3. Excoriation der Zunge.
4. Erythema migrans.
5. Fibrom der Zunge.
6. Dermoidcyste unter der Zunge.
7. Gummöse Ulcerationen.
8. Acute parenchymatöse Hemiglossit

d. Diphtherie u

93) **J. Howland. Circulationsstörungen** **bances in diphtheria.)** *Journal of the* *ciation. December 1908.*

Die auf der Höhe der Krankheit vork immer fatal; seit Anwendung des Antitoxin kommen häufiger bei älteren Kindern oder j die Halskrankheit einige Tage lang vernach alle Erscheinungen einer malignen Diphthe beschleunigt, bei anderen nur etwas vermehr maler Beschaffenheit, der Blutdruck nicht v wohl die Halssymptome abnehmen, wird de rapide und constant, die Herzaction wird sc

94) **Borrnio. Ueber das Facialisphänome** **del faciale nella difterite.)** *Rivista di*

Bei 647 Fällen der Florentiner pädiat steck'sche Phänomen, das er als eine Wir

95) **G. Mya. Lungenemphysem und fetti** **der Diphtherieintoxication. (Enfisema p** **diaframma nella intossicazione difteri** *August 1908.*

Bei der mit gleichzeitiger Schwellung ditis, Albuminurie, Hauthämorrhagien und tischen Form der Diphtherie fand Verf. i häufig eine Ausdehnung der Lungengrenzen Fällen zeigte sich dieses Emphysem bereits Sectionstisch findet man dann die Bestätigu

Verf. theilt 2 Fälle mit: in beiden b auch ein Emphysem des Mediastinum, das

der Trachea nach oben bis zum Halse gehend wahrscheinlich durch Einriss in die Lunge bedingt war.

Ferner macht Verf. auf eine bisher nicht bekannte Erscheinung aufmerksam: die fettige Degeneration der Zwerchfellmuskulatur, die er auch experimentell bei Meerschweinchen durch Einwirkung von Diphtheriebacillen und Diphtherietoxine erzeugen konnte.

FINDER.

96) **Griffon. Mandelabscesse und Diphtherie. Perforation des vorderen Gaumenbogens. (Abcès amygdaliens et diphtérie. Perforations du pilier antérieur.)** *Soc. méd. des hôpit. 12. März 1909.*

Die Patientin hat im Verlauf einer Diphtherie mit multiplen Lähmungen einen Mandelabscess gehabt, der sich spontan durch den vorderen Gaumenbogen hindurch öffnete; diese Perforationsöffnung schloss sich jedoch nicht, die Ulceration vergrösserte sich und 8 Monate später bestand eine Perforationsöffnung mit fibrösen Rändern.

Simonin hat gleichfalls im Verlauf einer Diphtherie eine tiefe Ulceration auftreten sehen, die keine Heilungstendenz zeigte. Es handelte sich um Diphtherie mit gleichzeitigem Vorkommen von Spirillen und fusiformen Bacillen.

A. CARTAZ.

97) **D. H. Ransom. Prophylaktische Wirkung des Antitoxin auf die Frucht im Uterus. (Prophylactic effect of antitoxin on the child in utero.)** *Journal of the American Medical Association. 13. Februar 1909.*

Der diphtheriekranken, kurz vor der Entbindung stehenden Mutter injicirte Verf. 4000 und 12 Stunden später noch 3000 I.-E. Zehn Stunden nach der zweiten Injection wurde das Kind geboren. Verf. liess das Kind bei der Mutter, die ihm die Brust gab. Die Mutter fieberte und es blieben Membranen im Pharynx bis ungefähr drei Tage nach der Entbindung; das Kind war und blieb völlig gesund.

Verf. nimmt an, das Kind habe durch das Blut der Mutter eine Schutzdosis Antitoxin erhalten.

EMIL MAYER.

98) **Albert Uffenheimer** (München). **Weshalb versagt das Behring'sche Diphtherie-Heilserum in gewissen Fällen? Klinisch-experimentelle Studie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1909.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

HECHT.

99) **Julius Grósz** und **Helene Bán** (Ofen-Pest). **Ueber Pyocyanasebehandlung der Diphtherie.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 4. 1909.*

Bei schweren Fällen von Larynx-Croup und -Diphtherie wandten Autoren neben dem Serum noch Pyocyanase an, und zwar in der Weise, dass sie mit einem in der Arbeit abgebildeten Apparat die Pyocyanase in kleinen, oft wiederholten Dosen direct in den Kehlkopf sprayten. Diese Anwendungsweise hat vor Inhalation den Vorzug, dass das Medicament unverdünnt und in grösserer Menge auf der Kehlkopfschleimhaut zur Wirkung gelangt. Der Erfolg befriedigte Autoren sehr; Intubation liess sich trotz der schweren Symptome mehrmals vermeiden, in anderen Fällen wurde die Extubation frühzeitiger ermöglicht. Die übrigen, schon

mehrfach in der Literatur niedergelegten günstigen Folgeerscheinungen der Pyocyanaseapplication finden auch durch die Autoren eine neue Bestätigung.

HECHT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

100) **J. Katzenstein** (Berlin). **Ueber die Lautgebungsstelle in der Hirnrinde des Hundes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 500. 1908.*

Die Ergebnisse der sehr eingehenden Untersuchung sind kurz zusammengefasst folgende:

Erstens sind bei der Nachprüfung die schon bekannten Hirnrindencentren für die einzelnen Theile des Lautgebungscomplexes noch einmal festgestellt worden. Diese Nachprüfung umfasste die genaue Festlegung der Hirnrindenorte für die Bewegung der Stimmlippen, der Rachenschnürer, der Zunge, der Kiefer, der Thorax-, der Bauchmuskeln und des Zwerchfells. Hierbei wurde festgestellt, dass mit der Erregung der Athmung von der Athemstelle im Gyrus centralis ant. und von der Athemstelle im Stirnhirn gleichzeitig eine Inspirationsbewegung der Stimmlippen, d. h. eine ausgiebige Abduction derselben auftritt. Ferner wurde ein zweites Kehlkopfbewegungscentrum in der zweiten Windung gefunden, es wurden die bisher allseitig bestrittenen Masini'schen Untersuchungen über die Erzeugung einseitiger Kehlkopfbewegungen bestätigt, sowie schliesslich ein einseitig peripherer Reflex des Kehlkopfs gefunden.

Zweitens gelang es, von der Athemstelle im Gyrus centralis ant. aus auf beiden Seiten des Grosshirns den gesammten Lautgebungscomplex des Hundes auf elektrische Reizung auf einmal in Bewegung zu setzen, d. h. während noch bestehender Athemwirkung auf die Hirnrinde einen knurrenden, quarrenden Ton, während des wachen Zustandes des Thieres laute Belltöne mit gleichzeitiger Thätigkeit aller Exspirationsmuskeln und der Muskeln, die ausserdem beim Belllaute thätig sind. Wie die Phonation mit der Exspiration und den Kehlkopf-, Rachen-, Gaumen-, Zungen- und Kieferbewegungen zusammenfällt, so wird sie auch von einem Orte im Gyrus centr. ant. der Hirnrinde erzeugt, von welchem gleichzeitig Exspiration und die für die Lautgebung nöthigen Bewegungen des Kehlkopfs, des Rachens, Gaumens, der Zunge und des Kiefers erzeugt werden. Der ganze Lautgebungscomplex tritt auf elektrische Reizung hin stets mit gleichzeitiger Arbeit aller betheiligten Muskeln auf einmal auf. Die beiderseitige Exstirpation der Lautgebungsstelle, sowie die Ausschaltung der Athemverbindungen infolge der Abtrennung des Kleinhirns hatte einen mehr als dreimonatigen Ausfall der Bellfähigkeit mit gleichzeitigem Auftreten von Bewegungsstörungen der Stimmlippen und herabgesetzter Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut zur Folge.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

101) **Wesley Mills. Wesentliche Punkte bei der Stimmproduction. (Essentials of voice production.)** *Laryngoscope. Juli 1908.*

Cfr. Verhandlungen der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association, Montreal 1908.

EMIL MAYER.

102) **W. A. Wells. Der Einfluss des Allgemeinzustandes auf die Stimme. (The voice as affected by general conditions.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 11. September 1908.*

Verf. bespricht den Einfluss von Alter, Umgebung, Kleidung, Beschäftigung, Anstrengung, Alkohol und Tabak, sowie die Wirkungen der verschiedenen Krankheiten: Chlorose, Malaria, Tuberculose, Syphilis und acute Infectionskrankheiten auf die Stimme. Er betrachtet die Stimme bei Influenza als charakteristisch. Er betrachtet auch die Beziehungen zwischen Stimme und Sexualorganen. Ferner wird die Stimme der Schwerhörigen und Tauben besprochen. EMIL MAYER.

103) **Theodor S. Flatau** und **Hermann Gutzmann** (Berlin). **Die Singstimme des Schulkindes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 327. 1908.*

Verff. berichten über die Resultate von 575 einzelnen Functionsuntersuchungen.

Chronische Heiserkeit wurde unter diesen 575 Untersuchten 239 mal beobachtet, was einem Procentsatz von 41,6 entspricht.

Bezüglich der extensiveren Stimmleistung geben die Verff. aus ihren Protocollen für jedes Schuljahr, für jeden Jahrgang, für jedes Geschlecht die genaue Zahl derer an, die die gleichen oberen und die gleichen unteren Grenztöne haben.

Für die Grenztöne und ihre Häufigkeit (obere und untere Stimmgrenzen), für die kleinste und grösste Zahl der Halbtöne in jedem Prüfungsalter, den durchschnittlichen Stimmenumfang in Halbtönen sind übersichtliche Tabellen beigefügt. Zum Schlusse ist eine kurze Skizze der laryngoskopischen Untersuchung gegeben.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

104) **E. Hopmann** (Köln). **Ueber Aphthongie.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkde. Juni 1908.*

Im Allgemeinen dürfte es berechtigt sein, die Aphthongie nicht als besonderes Krankheitsbild aufrecht zu erhalten, sondern nur als bezeichnenden Namen für das Symptom der unter gewissen Bedingungen plötzlich auftretenden völligen Sprachlosigkeit. Dieselbe kann durch Krämpfe bedingt sein, welche auf das Hypoglossusgebiet beschränkt sind und nur beim Sprachversuche auftreten; in anderen Fällen erscheint sie ohne jeden sichtbaren Krampf. Das Symptom findet sich meist bei Stotterern, selten vielleicht auch bei Hysterischen. SEIFERT.

105 **W. L. Holt. Ein Fall von unveränderter Knabenstimme bei einem Manne, die durch Singübungen wieder normal wurde. (A case of unchanged boy's voice in a man which was made normal by singing exercises.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Nach 6 wöchentlichen Uebungen sprach Patient eines Tages mit normaler männlicher Stimme. Während er vorher nur Sopran singen konnte, begann er plötzlich Bass zu singen und so ist es jetzt seit einem Jahr geblieben.

EMIL MAYER.

106) **J. Kubo. Ueber die psychische Behandlung der hysterischen Aphonie.** *Fukuoka-Universitäts-Mittheilungen. Bd. II. Heft 1. 1908.*

Nach der Beschreibung der Symptome und des laryngoskopischen Be-

fundes der hysterischen Aphonie empfiehlt der Verf. psychische Behandlung in folgender Weise: Zuerst soll dem Patienten zum Bewusstsein gebracht werden, dass er Stimme hat. Man lässt den Patienten mehrmals husten oder plötzlich tief athmen, so dass er unerwartet seine eigene Stimme hört. Dann muss man den Patienten die plötzlich entstandenen Stimmen wiederholen lassen. Eine „äh"-tönende tiefe Inspiration und eine kurze forcirte „ä"-tönende Exspiration werden abwechselnd wiederholt, bis der Patient müde wird. Die Vocale werden zuerst versucht auszusprechen, dann m und n, wie Summen. Die Uebung der Aussprache der Combinationen von Vocalen und Consonanten folgt allmählich. Wenn der Patient während dieser Uebung wieder stimmlos wird, so muss man die obige Procedur wiederholen. Die bisherigen Behandlungen, z. B. elektrische, medicamentöse etc., sind nicht so erfolgreich, wie diese psychische Behandlung, bei der ein Kranker seine Stimme oft in 15 Minuten wiederbekommt. Am Schlusse citirt Verf. das Wunder im 15. Capitel Mathäus („Die Stummen redeten") als ein Beispiel von hysterischer Aphonie.

AUTOREFERAT.

107) **Th. S. Flatau. Neue Beobachtungen über Phonasthenie. (Nueve osservazioni sulla fenastenia.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. Vol. XIX. II. Heft 4. 1908.*

Verf. bespricht besonders die Frühsymptome der Stimmschwäche und zwar zunächst den Schmerz: Ausser den bekannten Hals- und Brustschmerzen der Phonastheniker und den vom Verf. beschriebenen Nackenschmerzen hat er in einer Reihe von Fällen auch Schmerzen im Kiefer und seltener in einer Hälfte des Kinns beobachtet, die bisweilen — besonders während des Singens — so unerträglich werden können, dass die Patienten sich scheuen, mit tönender Stimme zu sprechen. Weiter bespricht Verf. den phonasthenischen Husten und das phonasthenische Schlucken. Letzteres wenig bekanntes Symptom ist dadurch charakterisiert, dass der Patient, wenn er eine Zeit lang gesprochen hat, im Halse den unwiderstehlichen Drang zum Schlucken empfindet.

Verf. wendet sich dann zu den äusseren Symptomen der Phonasthenie. Zu diesen gehören ausser den Schluckbewegungen, Räuspern, Angsterscheinungen bei den an Phonasthenie leidenden Rednern, bestehend in Blässe, Schweissausbruch und in schweren Fällen plötzliches völliges Versagen der Stimme.

Therapeutisch verwendet Verf. mit Vorliebe eine Combination von Elektricität — und zwar den unterbrochenen constanten Strom — mit Vibration. Bei schon länger bestehenden Formen, die durch offenkundige hyperkinetische functionelle Störungen charakterisirt sind, verwendet Verf. die Bier'sche Stauung, indem zu beiden Seiten der Schildknorpelplatten je ein Saugapparat aufgesetzt wird. Zuletzt wird die Anwendung der Widerstandsgymnastik besprochen.

FINDER.

108) **L. Pierce Clark** und **E. W. Scripture. Das epileptische Stimmzeichen. (The epileptic voice signe.)** *N. Y. Medical Record. 31. October 1908.*

Es ist wahrscheinlich, dass bei Personen, die an Nerven- und Geisteskrankheiten leiden, sich charakteristische Stigmata in der Stimme finden, wie das z. B. für die Paralysis agitans bekannt ist.

Bei den Epileptikern fällt die Ausdruckslosigkeit der Stimme auf; sie sind unfähig, schön zu singen oder gut zu reden. Für Jemanden, der längere Zeit in einer Anstalt für Epileptiker gelebt hat, ist diese Thatsache sehr auffallend. Verff. haben graphische Aufnahmen der Stimmen von Epileptikern gemacht und sind zu folgenden Resultaten gelangt: Clark war im Stande, unter 100 Fällen die Krankheit 75mal allein durch die Stimme zu diagnosticiren. Es giebt keinen ähnlichen Defect bei irgend einer andern Nerven- oder Geisteskrankheit. Es wurden alle Typen von Epilepsie studirt. Je schwerer die Epilepsie ist und je länger sie besteht, desto ausgesprochener ist das Stimmsymptom. Dieses scheint von der Gehirndegeneration abhängig zu sein. Das Stimmsymptom besteht mindestens mehrere Jahre lang, auch wenn Anfälle fehlen. LEFFERTS.

109) **Neufeld** (Berlin). **Ueber Kehlkopfveränderungen bei Akromegalie.** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 64. 1908.*

Bei einer 40jährigen Patientin mit Akromegalie fand sich Vergrösserung und Verdickung der Epiglottis, voluminöse Taschenbänder und Stimmbänder, an Stelle der Aryknorpel tumorartige Gebilde von Erbsengrösse, welche bei der Phonation die hintere Abtheilung der Stimmbänder verdeckten, hornartiges Vorspringen der Santorini'schen Knorpel, Verdickung der hinteren Kehlkopfwand. SEIFERT.

110) **Maimin** (Postoky). **Die laterale Correspondenz der Lungen-Kehlkopftuberculose.** *Dissert. Bern 1907/8.*

97 Fälle von Kehlkopf-Lungentuberculose aus der städtischen Poliklinik der Stadt Bern und dem cantonalen Volkssanatorium Berns.

Auffallend sind die grossen Differenzen zwischen den Zahlen verschiedener namhafter Autoren, zwischen 7,9 pCt. und 40 pCt. und in dieser Arbeit gar 56,7 pCt.! Offenbar liegen da ganz verschiedene Beurtheilungen der Fälle zu Grunde. Man sollte sich in dieser interessanten Frage dahin einigen, nur streng ein- und gleichseitige Lungen-Kehlkopftuberculosen als erwiesene laterale Correspondenzen zu rechnen. Sobald beiderseitig die Lungen oder beiderseitig der Kehlkopf befallen ist, unterliegt die bezügliche Beurtheilung sehr subjectivem Ermessen. Nach oben bezeichnetem Grundsatz wäre das Ergebniss in dieser Arbeit nur 11,33 Correspondenzen! In medicinischer Statistik kann nicht leicht zu viel gesichtet werden! JONQUIÈRE.

111) **W. E. Casselberry. Tuberculose des Kehlkopfs; die Form, die sich zur Heilung eignet und die Principien der Behandlung. (Tuberculosis of the larynx; the type which is capable of recovery and the principles of treatment.)** (Vortrag, gehalten auf dem Tuberculose-Congress Washington 1908.) *N. Y. Medical Record. 3. October 1908.*

Verf. giebt eine Charakteristik derjenigen Fälle von Kehlkopfschwindsucht, bei denen Aussicht auf Heilung vorhanden ist. Er betont, dass die drei Cardinalprincipien der Tuberculosebehandlung — Ruhe, Freiluftbehandlung und forcirte Ernährung — bei Kehlkopfaffection energischer angewandt würden, als bei Lungenerkrankung allein. Die Ruhe muss aufgefasst werden nicht nur als Ruhe des Körpers und Geistes, sondern vor Allem auch der Stimme; sie ist für den er-

krankten Larynx genau so nöthig wie die Ruhestellung des tuberculös erkrankten Gelenks. Was die Freiluftbehandlung anbelangt, so kommt es vornehmlich darauf an, dass ein Ort gewählt wird, an dem eine eventuell nothwendige Localbehandlung durchgeführt werden kann.

LEFFERTS.

112) U. C. Getchell. **Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *Boston Medical und Surgical Journal. 24. December 1908.*

G. ist der Ansicht, dass der Kehlkopf auf dem Blut- oder Lymphwege inficirt wird. Er misst der Anämie des Larynx nicht die Bedeutung eines prämonitorischen Symptoms bei. Verf. bekämpft die Auffassung, dass man in den als hoffnungslos angesehenen Fällen die Hand fortlassen soll, denn unter der Behandlung stellt sich oft heraus, dass die aussichtslosen Fälle sich zu aussichtsreichen gestalten.

Was die Behandlung betrifft, so empfiehlt Verf., abgesehen von den allgemeinen Maassregeln, intratracheale Injectionen von:

Rp. Guajacol 1,3
Menthol 2,6
Ol. Olivar. 27,0.

Er theilt für die Behandlung die Fälle in drei Klassen: Die erste charakterisirt durch mässiges Befallensein mit activen Entzündungserscheinungen, mit oder ohne Ulceration, mit Lungenerscheinungen und constitutionellen Symptomen; für diese Klasse eignet sich Sanatorienbehandlung und absolute Schweigekur, antiseptische Sprays und milde Inhalationen. Auf die Ulcerationen wird Jodoform aufgeblasen. Bei der zweiten Klasse bestehen localisirte Infiltrations- oder Ulcerationsherde mit inactiver Lungenläsion und ohne ausgesprochene constitutionelle Symptome; hier ist eine mehr active Behandlung angezeigt (Milchsäure mit nachfolgenden reinigenden Sprays und Zerstörung der localisirten Infiltrationsherde). Bei der dritten Klasse mit extensivem Befallensein des Larynx, besonders der Aryknorpel mit Infiltration der Epiglottis muss man sich darauf beschränken, die Schmerzen zu lindern und gegen die Erschwerung der Respiration einzuschreiten.

EMIL MAYER.

113) George Fetterolf. **Die Symptomatologie der Kehlkopftuberculose. (The symptomatology of tuberculosis of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 23. Januar 1909.*

Verf. giebt eine Zusammenstellung der Symptome der Kehlkopfschwindsucht und berücksichtigt besonders die Anzeichen, die geeignet sind, den Hausarzt — bereits ohne dass eine laryngoskopische Untersuchung vorgenommen ist — auf den Verdacht der Erkrankung hinzuleiten.

LEFFERTS.

114) Dubar. **Larynxtuberculose und Syphilis. (Tuberculose laryngée et syphilis.)** *Société de médecine de Paris. 12. Februar 1909.*

Es giebt Mischformen von Kehlkopftuberculose und Syphilis. Die Behandlung muss sich zuerst gegen die Syphilis richten. In dem mitgetheilten Fall wurde Jod angewandt; die Tuberculose nahm weiter ihren Verlauf.

Mortier spricht die Ansicht aus, dass Quecksilber die Entwicklung der Tuberculose beschleunigt. GONTIER de la ROCHE.

115) **Thimoty Keardon. Tuberculöse Ulceration am Petiolus der Epiglottis. (Tubercular ulceration of the Petiolus region of the epiglottis.)** *Laryngoscope. December 1908.*

Die Ulceration blieb ungefähr 2 Monate lang stationär; dann wurden auch die Aryknorpel und ary-epiglottischen Falten ergriffen. Anfangs bestand sonst nirgends im Kehlkopf eine Ulceration. EMIL MAYER.

116) **Jörgen Möller. Die Amputation der Epiglottis bei Personen mit Kehlkopftuberculose. (L'amputation de l'épiglotte chez les personnes atteintes de tuberculose du larynx.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 16. 18. April 1908.*

Nach einer historischen Einleitung bespricht Verf. die Indicationen dieser Operation. Er berichtet dann über zahlreiche Details, zehn persönliche Beobachtungen. Die Resultate waren ermuthigend; wenn man nichts weiter erreichte als eine Beseitigung der Dysphagie, so würde dies bereits einen grossen Vortheil bedeuten. BRINDEL.

117) **Hugo Kraus** (Sanatorium Wienerwald-Pernitz, Niederösterreich). **Zur Technik der Sonnenlichtbehandlung der Kehlkopftuberculose.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 13. 1909.*

Beschreibung der Technik und Angabe nebst Abbildung eines vom Autor construirten, leicht verstellbaren und gut fixirbaren „Ständerspiegels" zur Reflectirung des Sonnenlichtes in den Rachen.

Die Sonnenlichtbestrahlung erzielte bei ausgewählten Fällen sehr beachtenswerthe Resultate. HECHT.

118) **Hering. Allgemeine und chirurgische Behandlung der Lungentuberculose. (Obschtschéje i chirurgitscheskoje letschnije tuberkulesa gortani.)** *Jeshemesjatschnik. p. 469. 1908.*

Hering wiederholt hier seine bereits bekannten Anschauungen hauptsächlich über chirurgische Behandlungsmethoden der Kehlkopftuberculose. Die Gefahr der Blutung wie auch der übrigen Complicationen ist gering, die Technik lässt sich aneignen. H. stelt die galvanocaustische Behandlung der chirurgischen gegenüber. P. HELLAT.

119) **C. P. Grayson. Einige chirurgische Eventualitäten bei Larynxtuberculose. (Some surgical emergencies associated with the tuberculous larynx.)** *Laryngoscope. December 1908.*

Cfr. Verhandlungen der XXX. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Montreal 1908. EMIL MAYER.

120) **Sargnon** und **Barlatier. Chirurgische Behandlung der tuberculösen Kehlkopfstenosen. (Traitement chirurgical des sténoses tuberculeuses du larynx.)** *Province médicale. 6. Februar 1909.*

Verff. sind der Ansicht, dass bei der Kehlkopftuberculose ausser beim Ein-



treten schwerer Stenose nur ausnahmsweis
fertigt ist. Im Fall von Respirationsstöru
Laryngofissur und Laryngostomie können
zustand ausgezeichnet ist.

121) * **Careillon** und **Chalier** (Lyon). **Spo**
eine den linken Recurrens einhüllende
tanée de la trachée par un ganglion
gauche.) *Société des Sciences médicales*

Das demonstrirte Stück rührt von de
die an Erstickungsanfällen und Lähmung
trat plötzlich ein.

122) **D. v. Navratil** (Budapest.) **Eine n**
Hetilap. No. 47. 1908.

Nach verschiedenen Versuchen entsc
haut der Luftröhre zu vernähen und die
den Nähten durchgeschnitten werden, zu s
wird der Knorpel eines Trachealringes su
welche 4—8 Wochen nach der Operation
Methode, deren ausführliche Beschreibung
eine vollkommene Adaptirung der Luftröh
möglicht. Verf.'s Vorschlag, bei totaler
Stumpfes an die Haut einen Trachealring
achtenswerth.

123) **D. R. v. Bleiweis** (Laibach). **Eine**
zum Gebrauch nach Tracheotomie wege
f. Laryngologie. Bd. 20, S. 163. 190

Bei Verf.'s Canüle ist das Ventil in
Kammer untergebracht, die mittels Bajonet
aufsitzt. Das Ventilkügelchen ist aus Al
dicht an den entsprechend ausgehöhlten V
beim Einathmen nach rückwärts gezogen w
räusch zu verursachen. Das Kammerstüc
abgenommen werden, indem die innere
Fingern fixirt wird. — Verf.'s Patient h
wendet. Er trug sie vollkommen unsicht
verdeckt. Leuten, die mit ihm zusamm
Stimme auf, aber niemand kam auf den Ge
Canüle wurde von der Firma H. Reiner (W

f. Schilddrüse.

124) **William Kirk. Die Parathyroiddrüsen. (The parathyroid glands.)** *Albany Medical Annals. November 1908.*

Totale Entfernung der Parathyroiddrüsen hat bei vielen Thieren acute Symptome, Tetanie und Tod im Gefolge; beim Menschen folgt auf ihre Entfernung Ausbruch nervöser Symptome von ernstem Charakter. Diese Thatsachen sind von grosser Bedeutung für die Kropfoperation, da die kleinen Drüsen leicht übersehen werden können. EMIL MAYER.

125) **Preobrashenski. Behandlung der Struma mit Arsonval'schen Strömen. (Letschenie suba tokami Arsonwalja.)** *Westnik uschn. gort. nos. b. p. 81. 1909.*

P. behandelte 2 Fälle und erzielte gute Resultate. P. HELLAT.

126) **Aspinwall Tudd. Weitere Mittheilungen über Behandlung vergrösserter Schilddrüsen mittels Röntgenstrahlen und hochfrequenter Ströme. (Further reports of treatment of enlarged thyroid by means of the x-ray and high frequency currents.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Januar 1909.*

Besteht eine Vergrösserung der Schilddrüse in Folge Zunahme der fibrösen oder colloiden Elemente, begleitet von Druckerscheinungen oder Deformation, so kommt nur die Operation in Frage, denn in diesen Fällen haben die Röntgenstrahlen entweder keine Wirkung oder sie führen in Folge Vermehrung der fibrösen Elemente zu einer Grössenzunahme des Tumors. In den Fällen jedoch, in denen es bereits zu einer Dilatation des Herzens gekommen ist oder bei denen die Einwilligung der Patienten zu einer Operation nicht zu erlangen ist, erzielt man sehr häufig mit den Röntgenstrahlen eine Besserung oder Heilung. LEFFERTS.

127) **E. T. G. Beardsley. Die Anamnese von Patienten mit Morbus Basedow. (The anamnesis of subjects of exophthalmic goitre)** *N. N. Medical Journal. 19. December 1908.*

Enthält nichts Neues. LEFFERTS.

128) **Gilbert Ballet. Die Behandlung des Morbus Basedow. (The treatment of exophthalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 9. Januar 1909.*

Die Fehlschläge der Behandlung in manchen Fällen beruhen auf einer zu engen Auffassung von der Pathologie dieser Krankheit. Manche Formen entwickeln sich aus einfachen Kröpfen; in solchen Fällen ist der Gebrauch von Schilddrüsenextract, Jodoform und Thyreodectomie angebracht. Der Basedow'sche Symptomencomplex kann durch Affectionen in den Rachenorganen verursacht sein: Pharyngitis, Nasenpolypen etc., und Behandlung dieser Affectionen kann die Symptome zum Verschwinden bringen. Bisweilen hängt die Erkrankung von einer Affection der sympathischen Nerven ab. Veränderungen in der Ovarialsecretion und die Menopause sollen als Factoren bei dieser Erkrankung behandelt werden. Wo eine locale oder reflektorische Ursache auffindbar ist, soll die Behandlung dort einsetzen. In anderen Fällen wieder ist eine ererbte oder erworbene Irritabilität des

Nervensystems als Ursache anzuschuldigen; in diesen ist die nächste Aufgabe die, das Nervensystem durch Ruhe, Hydrotherapie und Hygiene zu beeinflussen. Elektricität hat wegen ihrer beruhigenden vasoconstrictorischen Wirkung und ihres Einflusses auf die Schilddrüsensecretion Werth. LEFFERTS.

129) **J. E. Mac Kenty. Thyreodectomie wegen malignen Morbus Basedow. (Thyreodectomy for malignant exophthalmic goitre.)** *Laryngoscope. December 1908.*

Bei der Operation wurde der rechte Schilddrüsenlappen entfernt und die A. thyreoidea superior auf der linken Seite unterbunden. Alle Erscheinungen haben sich wesentlich gebessert bis auf den Exophthalmus, der — wie gewöhnlich — geblieben ist. Die mikroskopische Untersuchung des entfernten Lappens erregte den Verdacht auf Bösartigkeit, eine positive Meinung liess sich aber nicht gewinnen. Es besteht eine leichte Parese des linken Stimmbandes. EMIL MAYER.

130) **Krecke** (München). **Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1909.*

Einleitend bespricht K. die Physiologie und Pathologie der Schilddrüse, erörtert differentialdiagnostisch die Erscheinungen des Thyreoidismus und die des „Basedow" und berichtet anschliessend über seine klinischen und therapeutischen Erfahrungen an 17 operirten Basedowkranken. Die internen Mittel sollen bei jeder Basedow-Erkrankung neben der entsprechenden Allgemeinbehandlung zunächst in Anwendung kommen; versagen dieselben oder tritt gar eine weitere Verschlechterung in dem Befinden der Kranken ein, dann soll man zur partiellen Strumektomie schreiten. Man warte jedoch nicht zu lange mit dem chirurgischen Eingriff, damit die Kranken nicht allzu spät in einem elenden Zustande zur Operation kommen, deren Resultat nach den neuesten Statistiken, denen sich K.'s Erfahrungen anschliessen, ein nach jeder Richtung hin als günstiges bezeichnet werden muss. K. bespricht kritisch die einzelnen von ihm operirten Fälle, empfiehlt bei den meist geschwächten und hochgradig erregbaren Kranken die Operation in allgemeiner Narkose vorzunehmen und warnt beim „Status thymicus" vor der Operation. Zum Schlusse bespricht K. noch die pathologisch-anatomischen Befunde an den exstirpirten Kröpfen und die Resultate der Blutuntersuchungen. HECHT.

g. Oesophagus.

131) **Sidney Lange. Die Röntgenuntersuchung des Oesophagus. (The Roentgen examination of the esophagus.)** *Lancet Clinic. 7. November 1908.*

Beschreibung der Technik der Untersuchung nach Schlucken von Bismuth, sowie Betrachtungen über den diagnostischen Werth der Methode. EMIL MAYER.

132) **Vignard, Sargnon, Arnaud** (Lyon). **Narbenstenosen. Oesophagoskopie. Oesophagotomie und retrograde Dilatation. (Sténoses cicatricielles. Oesophagoscopie. Oesophagotomie et dilatation rétrograde.)** *Lyon médical. 28. März 1909.*

Es handelte sich um ein Kind. Da dieses sehr ungebärdig war, sich auch

bronchopulmonäre Erscheinungen einstellten und es überdies nicht möglich war, die Stenose zu passiren, so gaben Verff. die Oesophagoskopie auf und dilatirten auf retrogradem Wege nach der cervicalen Oesophagotomie.

GONTIER de la ROCHE.

134) **F. Massei** (Neapel). **Wie sollten Münzen aus der Speiseröhre entfernt werden?** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. S. 701. 1909.*

M. hat in mehr als 100 Fällen Münzen aus der Speiseröhre entfernt und nie einen Misserfolg erlebt. Er empfiehlt für die Entfernung von Münzen warm den Gebrauch des allzu wenig bekannten Kirmisson'schen Hakens, der gefahrlos und leichter anzuwenden ist als die Oesophagoskopie.

Handelt es sich um spitze Fremdkörper, dann empfiehlt auch M. in erster Linie die Oesophagoskopie.

OPPIKOFER.

134) **Jaboulay** und **Cremieux. Ein Löffel mittels Oesophagoscopia externa aus der Speiseröhre eines Tabeskranken entfernt. (Une cuiller extraite de l'oesophage d'une tabique par oesophagotomie externe.)** *Lyon médical. 28. März 1909.*

Die Kranke versuchte während einer gastrischen Krise den Rachen mittels eines Kaffeelöffels zu kitzeln, um sich zum Erbrechen zu bringen, wobei ihr der Löffel entschlüpfte. Es spielt dabei gewiss die durch die Tabes verursachte Herabminderung der Reflexe eine Rolle.

Nach Vornahme der Radioskopie wurde die Oesophagotomia externa gemacht, da es nach Ansicht der Verff. nicht möglich gewesen wäre, den Fremdkörper per vias naturales zu entfernen, weil seine Rigidität verhindert hätte, dass er die concave Krümmung vor dem pharyngealen Speiseröhrentheil passire.

Sargnon weist darauf hin, dass es wohl möglich gewesen wäre, den Fremdkörper in wenigen Minuten auf ösophagoskopischem Wege zu entfernen.

GONTIER de la ROCHE.

135) **Judet-Bonneau. Fremdkörper des Oesophagus. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Société de Chirurgie. 9. März 1909.*

Der Kirmisson'sche Haken ist ein gefährliches Werkzeug wegen der Zerreissbarkeit der Schleimhaut, wenn bereits 5—6 Tage seit dem Eindringen des Fremdkörpers verflossen sind.

Der Graefesche Münzenfänger ist gleichfalls nicht zu empfehlen. Dagegen befürworten Verff. das Schwammverfahren. Wenn der Ringknorpel dem Fremdkörper ein Hinderniss bietet, so soll man den Finger einführen und dadurch den Kehlkopf nach vorn ziehen.

GONTIER de la ROCHE.

136) **N. W. Green. Chirurgie der Speiseröhre. (Oesophageal surgery.)** *N. Y. Medical Record. 19. September 1908.*

Bericht über experimentelle Untersuchungen. Genaue durch Illustrationen erläuterte Beschreibungen der für die Resection der Speiseröhre gewählten Methoden. Hat vornehmlich chirurgisches Interesse.

LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Hajek. Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Mit 150 Abbildungen, grösstentheils nach eigenen Originalen und 2 Tafeln in Lichtdruck. 3. vermehrte Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1909.

Vor einigen Wochen ist die dritte Auflage der bekannten Hajek'schen Monographie über die entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase erschienen. Hatte die zweite Auflage der ersten gegenüber eine Vermehrung des Textes um ca. 30 Seiten gebracht, so beträgt sie diesmal mehr als 80 Seiten, ein Umstand, den der Verfasser in seiner Vorrede bedauert, den aber seine Leser nur mit Freuden begrüssen werden, da er Zeugniss ablegt von den Fortschritten, welche die Lehre von den Nebenhöhlenerkrankungen in dem letzten Jahrzehnt gemacht hat. Diese Erweiterung des Textes kommt hauptsächlich den therapeutischen Kapiteln zu gute, welche eine kritische Würdigung der vielen neuen Operationsmethoden bringen und eine Reihe praktisch wichtiger Rathschläge aus der reichen Erfahrung des Autors.

Weiter haben die Abschnitte, welche sich mit den Erkrankungen der Keilbeinhöhle und den Complicationen der Nebenhöhlenerkrankungen beschäftigen, eine eingreifende Umänderung erfahren, wie sie durch die Erweiterung und Vertiefung unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete nothwendig wurde.

Wenn ein Handbuch, das ein so specielles Gebiet behandelt wie das Hajek'sche und das sich seiner ganzen Art nach an einen nur kleinen Leserkreis wendet, in einem Zeitraum von 9—10 Jahren 3 Auflagen erlebt, so ist jedes weitere Wort über seinen Werth und seine Wichtigkeit überflüssig. Trotzdem hält sich Ref. verpflichtet, noch einmal den Geist des ganzen Buches, seine letzte Tendenz, wie sie sich in der Indicationsstellung für die jeweiligen therapeutischen Maassnahmen hier und in anderen Hajek'schen Publicationen ausspricht, rühmend hervorzuheben. Tag für Tag fast sehen wir, wie sich die Indicationen für tiefeingreifende chirurgische Maassnahmen in der Rhinologie immer mehr weiten und dehnen. Nun dürfen wir gewiss stolz darauf sein, dass auch wir hier und da der grossen Chirurgie die Wege zeigen konnten, die sie selbst nicht gefunden hatte. Aber dieses frohe Gefühl des Könnens, ja selbst der glühende Wunsch, die Reputation unseres Sondergebietes durch eine möglichst grosszügige chirurgische Bethätigung zu heben, darf unsere Selbstkritik nicht bestechen. Dem Arzt und vor Allem dem Chirurgen ist nur das Nothwendige erlaubt! Und deshalb begrüsst Ref. es mit aufrichtiger Genugthuung, dass ein Autor, wie Hajek, von dessen Lebensarbeit das Studium der Nebenhöhlenerkrankungen einen so bedeutsamen Theil ausmacht, der selbst so geschickt und so gern operirt, sich weise zurückhält und nur dann zum Messer greift, wenn eine klare, zwingende Indication vorliegt und nicht die entfernte, unbestimmte Möglichkeit einer späteren Verschlimmerung.

Zum Schluss möchte Ref. noch dem Wunsche Ausdruck geben, dass Hajek in der 4. Auflage seines schönen Werkes die bisherige selbstgewollte Beschränkung auf die „entzündlichen" Erkrankungen der Nebenhöhle aufgiebt und eine ausführ-

liche Besprechung der Syphilis, der Tuberculose und der Geschwülste der Nebenhöhlen in sein Werk aufnimmt. A. Kuttner (Berlin).

b) William Lincoln Ballenger, M. D. **Diseases of the nose, throat and ear.** Illustrirt durch 471 Zeichnungen und 16 Tafeln. Lea und Febiger, Philadelphia und New-York 1908.

Von dem 900 Seiten starken Werke sind zwei Drittel den Krankheiten des Halses und der Nase gewidmet. Es zeichnet sich durch Vollständigkeit und Klarheit aus; besonders ist hervorzuheben die Anschaulichkeit, mit der die Details der Operationen beschrieben sind. Die Beziehungen von Hals- und Nasenkrankheiten zu anderen Organen sind sorgfältig behandelt. Das Kapitel von den malignen Kehlkopferkrankungen zeichnet sich durch eine besonders eingehende und genaue Darstellung aus. Die Arbeiten anderer Autoren sind gewissenhaft berücksichtigt und ein durch das ganze Buch hindurchgehender Conservativismus fällt angenehm auf und zeugt von einer reichen Erfahrung des Verfassers.

Die Illustrationen sind vortrefflich. Einige Druckfehler, besonders in den Eigennamen, müssen in späteren Auflagen ausgemerzt werden.

Das Buch ist im Ganzen eine werthvolle Bereicherung unser Literatur und wird sowohl dem Studirenden wie dem Specialisten von Nutzen sein.

Emil Mayer.

---

c) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 19. März 1909.

Grabower zeigt das Präparat eines Oesophaguscarcinoms, das dicht unterhalb des Ringknorpels begann und sich 18 cm nach unten erstreckte und den linken Recurrens comprimirte. Der linke Posticus und Vocalis sind verschmächtigt, wie man schon makroskopisch sehen kann.

Scheier stellt einen Fall von totaler Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand vor. Er durchschnitt sie mit einer abgebogenen Scheere und versucht durch einen Gutzmann'schen Handobturator die so hergestellte Oeffnung zu erhalten.

Rosenberg hält einen Dauererfolg für zweifelhaft. In einem Falle, in dem die Verwachsung unterhalb des Constrictor sup. lag, brannte er ein Loch ins Velum, das nach Bougirung offen blieb.

Herzfeld hat in zwei Fällen nach der Durchtrennung der Verwachsung grosse Stücke des weichen Gaumens entfernt.

A. Meyer erinnert an die Iwanow'sche Operation.

Heymann fand in einem entsprechenden Falle das Geruchsvermögen aufgehoben, nur wenn mit Riechstoffen geschwängerte Luft in die Nase getrieben wurde, fand eine Geruchswahrnehmung statt.

Wischnitz zeigt das Präparat eines Falles von Recurrenslähmung in Folge eines mediastinalen Lymphosarkoms. In vivo fand sich eine linksseitige Internus- und rechtsseitige Recurrenslähmung; erstere ist vielleicht durch Druck einer an den linken Recurrens angewachsenen Drüse entstanden.

B. Fränkel: Das würde ein Beweis gegen das Semon'sche Gesetz sein.

Wischnitz will nur die Vermuthung eines Zusammenhangs ausgesprochen haben.

Wischnitz demonstrirt einen Patienten mit Lymphosarkom des weichen Gaumens und der linken Tonsille.

Sobernheim: Serologische Untersuchungen bei Ozaena.

Bei 17 Fällen von reiner Ozaena ergab die Wassermann'sche Reaction ein negatives Resultat. Demnach ist die Ozaena nicht als metasyphilitische Erkrankung anzusehen. Jedenfalls giebt es Fälle von Ozaena, die mit Lues nichts zu thun haben.

Alexander: In der Aetiologie der Ozaena spielt die Tuberkulose keine Rolle. Es giebt sicher Fälle von Ozaena, die auf Lues zurückzuführen sind. 1. Fälle von Sequesterbildung mit übelriechenden Borken. 2. Atrophie und Borkenbildung nach gummöser Erkrankung der Nasenschleimhaut. 3. Ozaena auf Grund hereditärer Lues. Auch sonst giebt es Ozaenafälle, die auf hereditäre Lues zurückzuführen sind, selbst wenn die Wassermann'sche Reaction hier ein negatives Resultat giebt; vielleicht werden bei der Ozaena Stoffe ins Blut übertragen, die durch diese Reaction nicht nachweisbar sind. Zwischen Lues der Nase und Ozaena besteht eine Aehnlichkeit: Atrophie, Borkenbildung, Fötor; beide können ererbt sein; gleichartige Knochenveränderungen; Borkenbildung gleicher Art; interstitielle Entzündungen der parenchymatösen Organe. Er hat noch nie einen Patienten gesehen, der in früher Jugend schon Ozaena gehabt und sich später luisch inficirt hätte.

Im Uebrigen hat A. bei 26 Ozaenapatienten die Wassermann'sche Reaction als negativ befunden.

Scheier erhielt bei 8 Ozaenakranken ebenfalls immer ein negatives Resultat.

Rosenberg findet einen Unterschied zwischen dem Geruch der Ozaena und der Syphilis der Nase, glaubt auf Grund einiger eigenen Fälle an syphilitische Aetiologie mancher Ozaenafälle und bezweifelt, dass Ozaenakranke sich nicht syphilitisch inficiren.

Halle: Wahrscheinlich spielt die Lues bei einer Reihe von Ozaenafällen eine grosse Rolle, wenn auch der Beweis nicht erbracht ist.

B. Fränkel: Das Ergebniss der serologischen Untersuchungen muss berücksichtigt werden; jedenfalls giebt es eine Reihe von Ozaenafällen, die mit Syphilis nichts zu thun haben.

Heymann constatirt einen Unterschied zwischen dem Geruch der Ozaena und Syphilis der Nase.

Schötz hält die hereditäre Syphilis als ätiologischen Factor bei der Ozaena für nicht wahrscheinlich; dagegen spielt die Gonorrhoe wohl eine Rolle.

Sitzung vom 23. April 1909.

Rosenberg stellt eine Patientin mit primärem Larynxlupus vor, deren Schwester dieselbe Erkrankung aufweist. Befallen sind die Epiglottis und die Taschenbänder.

Bruck demonstrirt 1) eine Patientin mit Pharyngomycosis leptho-tricia und 2) einen Speichelstein der Glandula sublingualis.

Claus zeigt eine Patientin mit recidivirendem Oedem des Larynx.

Levinstein: Histologie der hyperplastischen und atrophischen Gaumenmandel.

Die Hyperplasie entsteht durch das Auftreten einer erheblichen Anzahl von besonders vermehrungsfähigen Lymphoblasten im adenoiden Gewebe, die ihrerseits zur Bildung von Follikeln Veranlassung geben, die sich durch ihre grosse Zahl und Grösse sowie durch die excessive Grösse ihres Keimcentrums und zahlreiche Mitosen in ihm auszeichnen.

Bei der Atrophie findet kein Uebertritt von Lymphoblasten aus den Lymph-capillaren in das Tonsillenparenchym statt resp. keine Bildung von Lymphoblasten, und die in der Mandel etwa noch vorhandenen stellen ihre Thätigkeit ein. Es schwinden die Mitosen in den etwa noch vorhandenen Keimcentren, diese selbst und allmählich auch die Follikel. Das Bindegewebe nimmt zu und geht allmählich in Schrumpfung über.

Sitzung vom 21. Mai 1909.

A. Rosenberg stellt zwei Patienten mit Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand und des Zungengrundes mit ihr und den seitlichen Pharynxwänden vor, so dass eine Membran den Eingang in den Oesophagus und Larynx verdeckt bis auf ein kleines Loch, das in dem einen Falle in der Mitte, im andern seitlich gelegen ist.

Scheier zeigt einen Patienten mit einseitiger Stimmbanderkrankung — Röthung und kleinknotige Verdickung —, die weder Tuberculose, noch Syphilis, noch Carcinom ist.

Rosenberg hält diesen Fall für identisch mit denen, die er 1905 beschrieben hat und bei denen es sich um eine chronische katarrhalische Entzündung handelt.

B. Fränkel hat ebenfalls solche beobachtet.

Alexander gleichfalls.

Reimer stellt einen Patienten mit einem aberrirten Zahn in der Nasenhöhle vor.

Hoffmann demonstrirt einen Patienten mit Kehlkopftuberculose, bei dem die Grabower'sche Stauungsbinde die Schluckbeschwerden beseitigt hat.

Finder zeigt einen Mandelstein, den er aus der Fossa supratonsillaris entfernt hat und der von einer Hülle umgeben war, die ihrerseits nichts anderes darstellt als die colossal dilatirte und nach vorne ausgebuchtete Plica triangularis. Es ist möglich, dass die Mandelsteine sich bisweilen in der Fossa supratonsillaris finden.

Rosenberg kann dies aus eigener Beobachtung bestätigen.

Halle zeigt einen Patienten mit Tuberculose des Pharynx und Larynx, die, da die Lungen frei sind, wahrscheinlich eine primäre ist.



B. Fränkel hat auf das Vorkommen einer solchen schon lange aufmerksam gemacht.

Sturmann glaubt, dass es sich dabei gewöhnlich um eine acute allgemeine Miliartuberculose handelt, die im Rachen zuerst manifest wird.

Scheier: Zur Physiologie der Stimme und Sprache.

Sch. macht auf die entschiedenen Vorzüge, die die Momentaufnahmen des Ansatzrohrs mittelst der Röntgenstrahlen für sie gegenüber den bisherigen Untersuchungsmethoden haben, aufmerksam und berichtet über eine Reihe derartiger eigener Untersuchungen. Er zeigt skiagraphische Aufnahmen von der Stellung des Articulationsrohrs bei der Aussprache verschiedener Vocale; bei Nasenlauten und Diphthongen, sowie beim Singen geschulter und ungeschulter Sänger, bei verschiedener Tonhöhe und bei Brust- und Kopfstimme.

Die Discussion wird vertagt. A. Rosenberg.

---

d) St. Petersburger oto-laryngologischer Verein.

Sitzung vom 14. März 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

1. Hellat: Demonstration: Struma aneurysmat. mit starker Pulsation.

Nikitin, Okunew und Kubli nehmen an der Discussion Theil.

2. Bomasch: Fall von primärem Lupus laryngis.

In den Lungen leichte Dämpfung mit Bacillen. Infiltrat der Epiglottis kleinkörnig; ähnliches Infiltrat im Interarytaenoidalraum. Allgemeinzustand gut.

Lewin fragt, wie der Bacillenbefund zu erklären sei.

Nikitin empfiehlt Röntgentherapie.

Borsilowitsch: Fall von Kehlkopfkrebs mit Demonstration des Präparates.

An der Discussion, die sich an diesen Fall knüpfte, betheiligten sich Okunew, Nikitin, Olchin, Bromson, Hellat und viele andere. Es handelte sich mehr um ethische und socialpolitische als um wissenschaftliche Fragen.

Sitzung vom 28. März 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

Lewin: Vorstellung eines 9jährigen Mädchens mit totaler Aphonie seit 6 Monaten. Behandlungsmethoden jeglicher Art erfolglos. Keine Symptome von Hysterie. Paralyse aller Adductoren.

Bomasch: Ob Hysterie hier ausgeschlossen werden kann? Ein ähnlicher Fall wurde durch Faradisation und tiefe Einathmungen geheilt.

Wiltschur erkundigt sich nach der Empfindlichkeit des Kehlkopfinnern.

Hellat möchte hier eher von einer Parese sprechen. Eine Bewegung der Stimmbänder ist vorhanden, nur kein völliger Schluss.

Lewin: Nach Semon stellt sich nach längerer Dauer eine gewisse Beweglichkeit ein. Für Paralyse spricht die Cadaverstellung.

Hellat: Von Cadaverstellung kann hier nicht gesprochen werden. Diese stellt sich ein bei Paralyse der Adductoren und Abductoren.

Bomasch: Vorstellung eines Patienten mit chronischer Diphtherie der Nase und des Nasenrachenraums. Temp. leicht erhöht, bis 38,3 seit 3 Monaten. Schwellung der Nasenschleimhäute, ebenso des Rachens. An den Choanen oberflächliche Geschwüre mit Pseudomembranen. Lymphdrüsen stark geschwellt. Löfflerbacillen. Behandlung local und mit Serum hatte bisher keinen Erfolg.

Erbstein sah in einer Familie 3 chronische Diphtheriekranke. Ein Todesfall.

Iljisch beobachtete an Kindern chronische Diphtherie ohne Temperaturerhöhung. Serum hat in chronischen Fällen keinen Erfolg.

Sacher hält das Bild nicht diphtherieähnlich. Bacillen finden sich auch bei Gesunden.

Wiltschur erkundigt sich nach der mikroskopischen Untersuchung.

Hellat: So hohe Temperatur von so langer Dauer sprechen nicht für chronische Diphtherie. Man könnte vielleicht die Ursache für die Temperaturerhöhung in den Lungen finden.

Bomasch: Die anhaltende Temperaturerhöhung ist thatsächlich eigenthümlich. Doch sind Diphtheriebacillen in den Membranen gefunden.

Hellat: Vorstellung von zwei Patienten:

1. Pflaumengrosse Delle an der rechten hinteren Rachenwand. Der Grund körnig, schwärzlich dunkel gefärbt, vertieft. Sonst keine pathologischen Erscheinungen.

2. Auf dem harten Gaumen Knötchen, welche sich vom Foramen incis. in der Mittellinie nach hinten ziehen. Knorpelharte Consistenz, schmerzlos, mit normaler Schleimhaut überzogen. Beide Fälle zur Diagnose.

Sacher hält den ersten Fall für Argyrosis.

Hellat: Für Argyrosis keine anamnestische Daten. Auch ist die Atrophie der Schleimhaut an der betreffenden Stelle bei Argyrosis nicht erklärlich.

Okunew: Bemerkungen zur Operation Otto Freer's. Vortrag.

Goldstein hält die Operation von Freer für eine Vervollkommnung der Hartmann'schen. Im Vergleich zur Killian'schen muss sie als ein Schritt zurück bezeichnet werden.

Lewin möchte die Priorität für diese Operation Freer absprechen. Sie ist eine Modification der Krieg-Zarniko'schen Methode.

Erbstein findet, dass die Freer'sche Methode der Killian'schen nachsteht. Der Lappen kann abgerissen werden, Blutverlust stärker, grössere Möglichkeit der Perforation.

Sitzung vom 25. April 1908.

Vorsitzender: Shirmanski.

Bromson stellt eine Larynxtuberculose vor, bei der er angefangen hat, das Tuberculin anzuwenden.

Hellat warnt vor zu rosigen Hoffnungen. Er hat mehrere Fälle von schweren Complicationen, wie z. B. acute Miliartuberculose beobachtet. Die Ursache könne zum Theil in der ambulatorischen Behandlung liegen.

Wiltschur sieht in den Behauptungen des Vorredners zu grossen Pessimismus.

Nikitin schliesst sich ihm an.

Bromson glaubt, dass vorsichtige Anwendung und aufmerksames Verfolgen vor bösen Zufällen schützen könne.

P. Hellat: Eindrücke von dem ersten Internationalen Rhino-Laryngologen-Congress.

Sitzung vom 26. September 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

1. Nikitin: Vorstellung eines schweren Falles von Larynx-Rachen-, Mund-, Zungen-Sklerom.

Der Patient kann nur mit Mühe sprechen und schlucken. Sonst keine Klagen. Die Krankheit dauert bereits 10 Jahre.

Sacher sah den Kranken vor 5 Jahren. Damals war der Zustand sehr ähnlich.

Hellat findet die Entwickelung des Skleroms im Muskelgewebe etwas eigenthümlich.

Katz denkt an Amyloid.

Bromson erwartet von der Fibrolysinbehandlung Resultate.

2. Goldstein: Verwundung des Kehlkopfs durch Schuss.

Bei einer Expropriation wurde einem Kornspiritusverkäufer der Hals durchschossen. Der Kehlkopf functionirt beim Athmen gut, obgleich die Kugel die rechte Larynxhälfte getroffen und das rechte Stimmband sammt dem falschen Stimmbande verunstaltet hat.

3. Demonstration einer ausgedehnten Oberkieferzerstörung durch chronische Highmoritis.

Die Diagnose schwankte zwischen Neoplasma und Empyem, da die Gegend der Fossa canina stark vorgebaucht war, die entsprechende linke Nase vollständig verstopft und blutend. Absolut keine Schmerzen; Eiter in der linken Nase.

Operation nach Denker. Es ergab sich eine weite Höhle mit dickem Eiter gefüllt. Entfernung des Eiters ohne besondere Auskratzung. Heilung in kurzer Zeit, obgleich die Vorderwand der Higmorshöhle zum grossen Theile, die mediale und obere Wand auch in bedeutendem Umfange zerstört waren.

Goldstein möchte an eine Cyste denken.

Bomasch weist auf die analogen von Texier beschriebenen Formen von käsigen Eiterungen hin, welche gewöhnlich gut heilen.

4. P. Hellat: Demonstration eines umfangreichen Nasenrachenpolypen, den er vermittelst einer Schlinge entfernt hatte. Der Polyp reichte an den Rand des weichen Gaumens.

Litschkus fragt an, ob hier nicht eine Bekräftigung für die Lehre von Killian und Ino Kubo vorlag, wonach die Nasenrachenpolypen in der Highmorshöhle ihren Ursprung haben und durch Aufmeisselung dieser Höhle zu operiren sind.

Nikitin führt eine Beobachtung an, die für Killian-Ino Kubo spricht.

Schwanebach möchte nicht in jedem Falle an eine Trepanation gehen.

Hellat kann den Vorschlag, alle Nasenrachenpolypen durch Highmorshöhlen-Trepanation zu behandeln, nur zu den Curiositäten unserer Disciplin zählen. Jedermann von uns kennt eine ganze Reihe von Fällen, wo eine einfache Extraction dauernde Heilung brachte.

Sitzung vom 10. October 1908.

Vorsitzender: Hellat.

1. Shirmanski: Demonstration einer 7jährigen Patientin mit subglottischer Stenose, wahrscheinlich entstanden durch 11tägiges Liegenbleiben der Intubationsröhre.

Bomasch räth, Fibrolysin zu versuchen.

Hellat schliesst sich dem an. Erst nach dem Misslingen ist an eine blutige Operation zu denken.

2. Iljisch: Demonstration zweier Steine aus dem Ductus Whartonianus. Beide Steine wurden an einem Tage aus dem Ductus entfernt.

Eljassen erwähnt, dass bei seinem Patienten nach $1^1/_2$ Jahren wieder ein Stein abging.

3. Sonki: Function der Muskeln bei Oeffnung und Schliessung des Kehlkopfes. Vortrag.

Erbstein begrüsst die Initiative von Sonki als Gesanglehrer, seine Beobachtungen im Aerzte-Verein vorzutragen. Aber er kann leider die Anschauungen des Vortragenden nicht theilen.

Goldstein, Mejerowitsch, Katz, Shirmanski und Ridnik weisen auf verschiedene Mängel der Auffassung hin. P. Hellat.

---

e) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

Sitzung vom April 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Jobson Horne: Ein Autograph von Johann Nepomuk Czermak aus dem Jahre 1869.

Handelt von einem beabsichtigten Besuch in London.

James Donelan: 1) Kehlkopftumor bei einer 44jährigen Frau (Tuberculose?).

Zur Diagnose.

2) Zwei Fälle zur Illustration des Einflusses lang vernachlässigter Adenoide auf die Entwicklung der Oberkiefer und der Nasenscheidewand.

Ball meint, dass bei der Entwicklung der Deformationen, die bisweilen entstehen, wenn adenoide Vegetationen vor der zweiten Dentition entfernt worden sind, die Erblichkeit eine Rolle spiele.

Tilley weist auf die Ideen Mocher's betreffs des Zusammenhangs zwischen irregulärer Dentition und Deformität des Zwischenkiefers und Septums hin.

Tilley, Westmacott und Barwell haben zeitweilige, aber erhebliche Verdickung des Septums nach submucöser Resection bei Kindern beobachtet.

St. Clair Thomson: Zwei Radiogramme zur Veranschaulichung des Werthes der Röntgenstrahlen beim Sondiren und Ausspülen der Stirnhöhlen.

Auf dem einen Radiogramm sah man, dass die Sonde in der That in eine Siebbeinzelle eingedrungen war, während man ihrer Lage nach angenommen hatte, dass sie in der Stirnhöhle wäre. Das zweite Radiogramm zeigt die Sonde in der Stirnhöhle.

Dundas Grant: Thyreo-linguale Fistel behandelt mit Elektrolyse und Excision.

Auf die Elektrolyse folgte die Excision. Pat. ist seit 2 Jahren geheilt.

Betham Robinson: Polypoide Geschwulst des Kehlkopfs.

Es handelte sich um ein Lymphangiom, das unterhalb der vorderen Commissur seinen Sitz hatte.

Scanes Spicer: Neubildung am Stimmband eines 76jährigen Mannes. (Bereits vorgestellt Juni 1905 und Februar 1906.)

Wie bereits früher wurde die Neubildung vollständig mit der Zange entfernt; es handelte sich um auffallend weisse Massen. Die Untersuchung ergab nichts Bösartiges trotz des verdächtigen Aussehens und des hohen Alters des Patienten.

Stanley Green und Lambert Lack: Kehlkopfgeschwulst zur Diagnose.

Es handelte sich um einen rothen von der hinteren Wand der subglottischen Region entspringenden Tumor. Pat. ist 56 Jahre alt. Die Calmette'sche Reaction fiel positiv aus und mittelst der Röntgenstrahlen wurde das Vorhandensein einer Lungenaffection festgestellt. Redner neigen zu der Annahme, dass es sich um ein Tuberculom handele.

Watson Williams und Dundas Grant halten den Tumor für ein Chondrom.

C. A. Parker: Infiltration der Nasenhöhle bei einem 50jährigen Mann.

Nach Ueberstehen einer Influenza setzte eine wässrige Absonderung aus der Nase ein und es entwickelte sich eine Verdickung des Septums und der Muscheln; diese Verdickung fühlte sich bei Berührung fest an. Ein der mittleren Muschel entnommenes Stück wurde untersucht und es ergab sich, dass es sich um ein Spindelzellensarkom handelte.

Pegler und Wyatt Wingrave discutiren über die Diagnose: Syphilis, Lupus oder Rhinosklerom.

Dan Mc. Kenzie: Hämatom und Ulceration des Septums mit Fistelöffnung in die Mundhöhle neben dem Frenulum der Oberlippe.

Es handelte sich um ein Trauma.

De Santi: Fall von Nasenverstopfung zur Diagnose.

Symmetrische Schwellung des Septums von rother Farbe. Die Affection hat einen chronischen Verlauf.

Kelson: Knöcherne Auswüchse am Ober- und Unterkiefer bei einem 30jährigen Mann.

Die Processus nasales der Oberkiefer waren sehr verdickt und die Knochen der unteren Muscheln stark vergrössert und drückten gegen das Septum. Auch am Unterkieferknochen befand sich ein Auswuchs.

Betham Robinson hat einen ähnlichen Fall, den er als Leontiasis ossea deutet.

Dan Mac Kenzie: Ein ähnlicher Fall von Leontiasis ossea mit Verlegung der Nase ist in der Sammlung des Royal College of Surgeons zu sehen.

Horsford: Ein neues Instrument zum Heben der Epiglottis.

Eine Verbesserung des in der Decembersitzung demonstrirten Instruments.

Davis: 1. Geschwulst am Stimmband (Fibrom?).

2. Cyste am Nasenboden.

Tilley: Patient mit zweimaliger Stirnhöhlenoperation.

Vergleich zwischen einer vollkommenen und unvollkommenen Killian'schen Operation.

Stuart Low beschreibt eine von ihm angewandte Verbandmethode, die den Vortheil hat, dass ein Druck auf die Wunde vermieden wird.

Dundas Grant: Larynxcarcinom.

Frage der Operabilität.

Sitzung vom Mai 1908.

Vorsitzender: J. B. Ball.

Syme: Stereoskopische Photographien von Patienten, die nach verschiedenen Methoden wegen Stirnhöhleneiterung operirt wurden, nebst Demonstration der Paraffininjectionen zur Correction von Deformitäten nach jenen Operationen.

Jobson Horne: Präparate von Sarkomen und anscheinenden Sarkomen der oberen Luftwege.

Er findet sich darunter ein Fall von Siebbeinsarkom, der nach einfacher Entfernung gesund blieb; ein Endotheliom des Larynx, das localisirt blieb, und ein Endotheliom der Nase. Die Diagnose Sarkom ist augenscheinlich in vielen Fällen, die als solches aufgefasst werden, incorrect.

Dan Mac Kenzie: Mucocele des vorderen Siebbeinlabyrinths, von der Nase aus eröffnet.

Durch Anlegung einer breiten Oeffnung im vorderen Theil des mittleren Nasenganges wurde Heilung erzielt.

Dundas Grant: Grosser postnasaler Polyp, aus dem Antrum entspringend, ein Nasenrachenfibrom vortäuschend.

Mit dem Polypen wurde ein langer Stiel entfernt.

Mehrere Redner sprechen über ihre Erfahrungen, den von Killian beschriebenen antralen Ursprung dieser Polypen betreffend.

Jobson Horne: Lupus der Epiglottis.

Es bestand auch eine geringfügige Erkrankung in der Nase.

St. Clair Thomson spricht über die von Escat aufgestellte Behauptung, dass Lupus des Kehlkopfs nicht ohne Lupus der Nase vorkommt.

Clayton Fox: Kehlkopflähmung (zur Diagnose).

Kelson: Fall von Schwellung am rechten Aryknorpel mit Bewegungsbeschränkung.

Wahrscheinlich tuberculös.

Andrew Wylie: Angiom der rechten Tonsille.

Tod hat in einem früher vorgestelltem Fall von Angiom des Gaumens die Carotis externa unterbunden ohne irgendwelche schädliche Folgen.

Dundas Grant: 1. Congenitaler Larynxstridor.

Ansaugen der ary-epiglottischen Falten während der Inspiration. Das Kind ist $3^1/_2$ Jahre alt. Nach Entfernung der Adenoiden trat Verschlechterung ein.

2. Lupusartige Ulceration am Boden des Vestibulums bei einem Phthisiker.

Bond: Bösartige Geschwulst hinter dem Ringknorpel mit Vergrösserung der Schilddrüse.

Hamilton Burt: Deviation des Septums und Phthise.

Es wird die Frage erörtert, ob es angezeigt ist, bei einem in Besserung befindlichen Fall von Phthise die Septumdeviation zu operiren.

E. Ward: Subcutane Induration an Stirn und Hals bei einer 52jährigen Frau.

Vor 3—4 Jahren wurde eine Schwellung über dem Schildknorpel constatirt, die sich dann nach unten bis zur Clavicula und Sternum ausdehnte.

Mehrere Redner denken an eine tiefsitzende Zellgewebsentzündung.

Ward erwähnt drei solche Fälle, die als Cellulitis behandelt wurden und sich als maligne Erkrankungen (Lymphosarkom und Endotheliom) heraussstellten; der dritte heilte unter Jod und X-Strahlen.

Dundas Grant: Killian'sche Stirnhöhlenoperation.

Ein ausgedehnter Fall mit gutem Resultat. E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Otologie und Laryngologie oder Oto-Laryngologie?

Unter diesem Titel veröffentlicht in der „Deutschen medicinischen Wochenschrift" (No. 23, 10. Juni d. J.) deren Herausgeber Prof. J. Schwalbe einen Aufsatz, der beweist, wie grosses Interesse die Frage, die noch bis vor Kurzem nur in den unmittelbar betheiligten Fachkreisen discutirt wurde, jetzt auch beim grösseren ärztlichen Publicum erregt. Die Thatsache, dass der Herausgeber eines der maassgebenden Organe der deutschen medicinischen Fachpresse zu dieser Frage das Wort ergreift, möge es rechtfertigen, wenn wir an dieser Stelle auf den Inhalt des Artikels etwas ausführlicher eingehen:

Schwalbe geht von einer Statistik aus, die von Printzing aufgestellt worden ist. Printzing veröffentlicht am Schluss jedes Jahres in der Deutschen med. Wochenschrift eine statistische Zusammenstellung über „die Aerzte Deutschlands", der die Angaben des Reichs-Medicinalkalenders zu Grunde liegen. In der Printzing'schen Statistik vom Jahre 1907 (Deutsche med. Wochenschrift, 1907, No. 52) werden 95 Otologen, 85 Specialisten für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten und 686 Oto-Laryngologen aufgeführt. Diese Statistik nun wird von Schwalbe als „zum mindesten für zweifelhaft" bezeichnet, da im Reichs-Medicinalkalender sowohl die Otologen, die sich gleichzeitig mit Nasenkrankheiten beschäftigen, wie diejenigen, die ausser der Ohrenheilkunde auch Rhinolaryngologie treiben, durch ein und dasselbe Zeichen charakterisirt seien. Es sei also sicher, dass von dem Statistiker eine grosse Anzahl von Oto-Rhinologen irrthümlich als Oto-Laryngologen aufgeführt worden ist. Schwalbe muss am competensten beurtheilen können, wie bei der Bezeichnung der Specialisten im Reichs-Medicinalkalender verfahren wird, denn er ist selbst dessen Herausgeber und hat jene Bezeichnungen eingeführt.

Was nun die Vereinigung von Otologie und Laryngologie im Universitätsunterricht anbetrifft, so wird der von den Fusionisten immer wieder ins Feld geführte „wissenschaftliche" Grund, dass Rhinologie und Pharyngologie zwischen beiden Fächern Verbindungsglieder bilden, durch Schwalbe mit dem Hinweis darauf abgethan, dass danach auch die Lungen und der Magendarmcanal hinzugezogen werden könnten, „denn die Bronchien und der Pharynx schlagen zu diesen Organen eine Brücke". Schwalbe sieht als maassgebend für die Vereinigung der beiden Fächer an den kleineren und für ihre Trennung in den grösseren Universitätsstädten lediglich Opportunitätsgründe an.

Was speciell Berlin betrifft, so weist S. darauf hin, dass hier die Vereinigung auch von rein praktischen Gesichtspunkten eine Unmöglichkeit darstellt; denn nach

den vorliegenden Frequenzziffern der staatlic
kranke einer- und Hals-Nasenkranke andere
einer Hand dem Leiter — auch wenn er d
die Aufgabe gestellt werden, nicht weniger
versorgen. Es würden also die Unterricht
verschlechtert werden und — fährt Schwa
in Berlin wirklich allen Grund, die Verhä
schlechtern". An der Hand einer gr
Schwalbe den Nachweis, dass „die Frequ
wohl im Verhältniss zu der Gesammtziffer
von derjenigen der Münchener Studirenden
er schliesst mit dem Appell an die Unterri
für die persönliche und materielle Organisa
verdopple, um ihre Anziehungskraft für die
ihres ersten bezw. am Beginn ihres zweite
schaffen, die sie in der Vergangenheit einge
hauptstädtischen gebührt."

Eine Statistik Printzing's und zwar
med. Wochenschr., 1908, No. 53) — wieder
kalender für 1909 — legt auch O. Körne
Grunde, die er über die Zahl der Otologen
Deutschland im letzten Heft der „Zeitsch
Printzing selbst hatte sich diesmal darauf b
die Specialisten nur für die 39 Grossstäd
Ansicht war, dass in diesen dem Specialiste
als in den Mittel- und Kleinstädten. Nach
in Deutschland 18 Oto-Ophthalmologen, 5
460 Oto-Rhino-Laryngologen. Körner hat
gleichfalls aus dem Reichs-Medicinalkale
thümer" für 1908 die Zahlen der in den
Lande thätigen Otologen, Rhinologen und
dem Ergebniss, dass es 46 Oto-Ophthalm
logen und 771 Oto-Rhino-Laryngologen im
waren.

Es braucht nicht weiter ausgeführt z
Schwalbe in den Printzing'schen Stat
auch in der Körner'schen Zusammenstel
des Reichs-Medicinalkalender beruht, wied
Grundlage ins Wanken, so verlieren natür
auf ihr aufbaut, ihren Halt. Statistiken
Misstrauen gerechtfertigt, denn wie sagt d
lische Arzt: „There are three kinds of lies

Im Anschluss an diesen Beitrag zu
von Otologie und Laryngologie bringen wir
Director der Poliklinik für Ohrenk
auftrag für Nasen- und Halskrankh
Greifswald die laryngologische Poliklinik m

Einigermaassen plausibel kann diese
„Opportunitätsgründe" ins Feld geführt we
in Greifswald zu spärlich, die Zahl der M
die Anstellung zweier Lehrer für Otolog
dem „Deutschen Universitätskalender für 19
in Greifswald nur 186 Medicinstudirende
ceuten und Zahnheilkunde Studiren

es auch einmal unabweisbar werden, dass zwei — sonst getrennte — Lehrfächer in einer Hand vereinigt werden müssen, z. B. innere Medicin und Kinderheilkunde, Chemie und Arzneimittellehre, pathologische und normale Anatomie etc., ohne dass daraus das Geringste für die Untrennbarkeit oder Amalgamirungsfähigkeit dieser Fächer bewiesen werden könnte. Was aber im vorliegenden Falle von unserem Standpunkte aus bedauerlich erscheint, ist, dass auch hier wieder — wie das bereits in Heidelberg der Fall war — der laryngologische Lehrauftrag an eine otologische Docentur „angegliedert" wird, wie es so vielsagend heisst. Wir sind weit davon entfernt, auch nur einen Augenblick den mindesten Zweifel zu haben, dass der Herr, dem der Lehrauftrag für Laryngologie in Greifswald zugefallen ist, den besten Willen hat und sein Möglichstes thun wird, um diesem Lehrauftrag gerecht zu werden. Es ist aber wohl die Vermuthung zum mindesten naheliegend, dass Jemand, der aus einer rein otologischen Schule hervorgegangen, sich bisher fast ausschliesslich mit Otologie beschäftigt hat, auch in Zukunft diesem Fache sein Hauptinteresse und seine Hauptthätigkeit zuwenden wird, sodass schliesslich die Laryngologie in eine Aschenbrödelstellung neben ihrer bevorzugteren Schwester hinabgleitet.

Georg Finder.

XVI. Versammlung des Vereins deutscher Laryngologen

zu Freiburg i. Br., Pfingsten, 30.—31. Mai 1909.

In einer am 30. Mai statttfindenden Vorstandssitzung wurde der den Mitgliedern bekannt gegebene Antrag der Herren Denker und Killian vom Vorstande berathen. Der Antrag lautete.

„Der § 3 der Statuten möge folgendermaassen abgeändert werden:

Der Vorstand des Vereins besteht aus 8 Mitgliedern: derselbe wählt alljährlich aus seiner Mitte den Vorsitzenden der Gesellschaft, einen Stellvertreter desselben, einen Schriftführer, einen Stellvertreter desselben und einen Schatzmeister. Der Vorsitzende, der Schriftführer und der Schatzmeister bilden den engeren Vorstand, welcher den Verein gerichtlich und aussergerichtlich vertritt. Die Wahlen der Vorstandsmitglieder erfolgen durch Stimmzettel. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

Alle zwei Jahre scheiden die beiden amtsältesten Vorstandsmitglieder aus; an ihrer Stelle werden zwei neue gewählt. Die Ausgeschiedenen sind nicht sofort wieder wählbar."

Dieser Antrag wurde seitens des Vorstandes in folgender Weise abgeändert:

„Der Vorstand des Vereins besteht aus 8 Mitgliedern. Der Vorsitzende, der Schriftführer und der Schatzmeister bilden den engeren Vorstand. Die Wahlen der Vorstandsmitglieder erfolgen durch Stimmzettel. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

Alle zwei Jahre scheiden die beiden amtsältesten Vorstandsmitglieder aus; an ihrer Stelle werden zwei neue gewählt. Die Ausgeschiedenen sind nicht sofort wieder wählbar."

In der Sitzung vom 31. Mai wurde der Antrag des Vorstandes auf Satzungsänderung nach einigen Bemerkungen der Herren Fischenich, Killian und Denker mit zwei Dritteln Majorität (§ 7 der Satzungen) angenommen. Dem Kassenführer wurde auf Antrag des Vorsitzenden Entlastung ertheilt. Es finden sodann die Wahlen zum Vorstand statt. Gewählt wurden durch Majorität:

Herr Jurasz als I. Vorsitzender,
Herr Killian als II. Vorsitzender,
Herren Fischenich, Hansberg, Seifert und Siebenmann als Beisitzer,
Herr Neugass als Kassenführer,
Herr Blumenfeld als Schriftführer.

Als Ort der nächsten Tagung wurde Leipzig gewählt und zwar soll diese am Donnerstag vor Pfingsten stattfinden.

Bernhard Fränkel's

Am 16. Juli d. J. feiert Bernhar
vereinigen uns mit seinen zahlreichen
und Schülern in dem Wunsche, dass es
noch viele Jahre in unverminderter Fris

Ehrung für S

In einer am 5. März d. J. abgeha
Section der Royal Society of Medicine
Sir Felix Semon bei Gelegenheit des
der Anerkennung für seine Verdienste u
zu diesem Zweck ein Comité gebildet, a

Die Ehrung wird erstlich in eine
anstaltet wird. Ferner soll dem zu Fei
britischen Laryngologen überreicht werd
anstaltet worden, aus deren Erträgnissen
eine Docentur gestiftet werden soll.

Grabdenkmal für L

Am 7. d. M. wurde am Centralfrie
Grabdenkmal Hofrath v. Schrötter's
welche der Portraitkopf Schrötter's in
des Denkmals wohnten die Familienmitg
Zahl von Professoren der medicinischen Fa
bei, der die grossen Verdienste Schröt
hervorhob. (All

Personal

Privat-Docent Dr. Nürnberg in G
logie erhalten.

Dr. Herm. Marx in Heidelberg h
heilkunde habilitirt.

Dr. T. Mancioli und Dr. de Ca
Laryngologie habilitirt.

Dr. Arthur Alexander (Berlin)

Prof. Dr. Th. Gluck (Berlin) ist z

Die Herren B. Fränkel (Berlin) u
Ehrenmitgliedern der American Medical

Unser Mitarbeiter Herr Prof. Feli
der inneren Abtheilung des Verbandkran
gewählt worden.

Professor Dr. Freer (Chicago) ist
schen Oto-laryngologischen Gesellschaft

Druck von L. Schu

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, August. 1909. No. 8.

I. Die Abschiedsfeier für Sir Felix Semon.

Am 2. Juli fand in den Whitehall Rooms des Metropolhotels, einem der grössten und schönsten für derartige Festlichkeiten zur Verfügung stehenden Saale Londons, ein Abschiedsbankett für Sir Felix Semon statt. Der Plan zu dieser Ehrung war im Kreise seiner engeren Fachgenossen entstanden. Bei den mannigfaltigen, in alle Kreise der Gesellschaft hineinreichenden Beziehungen und bei der grossen Beliebtheit des zu Feiernden konnte es jedoch nicht ausbleiben, dass jener Plan allgemeinen freudigen Anklang fand, und so vereinigte sich denn eine grosse Anzahl von Trägern bekannter Namen aus der wissenschaftlichen und künstlerischen Welt sowie Angehörige der Aristokratie und Hochfinanz, um jene Feier zu einem imposanten Zeugniss für das Ansehen und die Stellung, die sich Semon in seinem Adoptivvaterlande errungen hat, zu gestalten.

Den Vorsitz bei dem Bankett führte Henry Butlin, der bekannte Chirurg, der die einst in Misskredit gerathene Methode der Thyreotomie bei Kehlkopfkrebs wieder zu Ehren brachte und in Semon den Mann fand, der für diese Methode als unermüdlicher Apostel wirkte, sie verständnissvoll ausbaute und in so zahlreichen Fällen mit Erfolg in Anwendung brachte.

Aus der Zahl der Theilnehmer an dem Bankett — es waren deren nicht weniger als 250 — seien nur genannt: Der Duke of Fife, der Schwiegersohn des englischen Königs, der deutsche Gesandte Graf Metternich, der frühere deutsche Gesandte in Stockholm, Graf Leyden; ferner als Vertreter der Medicin: Sir Thomas Barlow, Sir Victor Horsley, Sir Henry Morris und der Leibarzt des Königs, Sir James Reid. Natürlich waren in ganz besonders grosser Zahl die Specialcollegen Semon's zur Stelle; von den bekannteren englischen Laryngologen fehlten nur wenige. Ohne dass diese Liste irgendwie Anspruch auf Vollständigkeit machen kann, will ich nur nennen: Dundas Grant, St. Clair Thomson, Charters Symonds, Cresswell Baber, Tilley, Watson Williams, E. B. Waggett, de Havilland Hall, Scanes Spicer, Mayo Collier u. A. m. Die schönen Künste, Musik, Malerei, Litteratur und Schauspielkunst, waren besonders glänzend repräsentirt; hatten sie doch im

Semon'schen Hause, dessen Herrin sich ja selbst des Rufes einer bedeutenden Gesangskünstlerin erfreute, stets die liebevollste und begeistertste Pflege gefunden. Man sah Madame Blanche Marchesi, Sir Squire und Lady Bancroft, Sir Herbert Beerbohm Tree, Sir Lawrence Alma Tadema, Sir Hubert von Herkomer, Sir Paolo Tosti u. s. w. Unter den übrigen Anwesenden sei noch genannt der Lordoberrichter Moulton.

Der Toast, den Butlin auf „den Gast des Abends" hielt und in dem er im zwanglosen Plauderton ein fesselndes Bild von Semon's Laufbahn in London entwarf, bildete einen interessanten Beitrag zur Geschichte der Laryngologie in England. In den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts — so erzählte der Redner — waren in den führenden medicinischen Kreisen die Specialitäten nichts weniger als angesehen; allgemeiner Anerkennung erfreuten sich eigentlich nur zwei: Augenheilkunde und Geburtshülfe. Die übrigen Specialabtheilungen an den Krankenhäusern standen unter Leitung eines Assistenten, der oft von dem ihm anvertrauten Fach nur die allerunzulänglichste Vorstellung hatte. Als Butlin am St. Bartholomew's Hospital studirte, fragte ihn eines Tages einer der Assistenten, ob er wohl Lust habe, die Ohrenkrankheiten gründlich kennen zu lernen, und auf Butlin's bejahende Antwort sagte er: „Dann kommen Sie auf drei bis vier Wochen zu mir in die Ohrenabtheilung und ich werde Ihnen Alles, was man davon weiss, beibringen. Es giebt nämlich eigentlich nur zwei Arten von Taubheit: die eine ist durch Ohrenschmalz bedingt und kann von Jedem geheilt werden; die andere hat mit Ohrenschmalz nichts zu thun und gegen diese kann Niemand etwas machen." Als Butlin dann selbst Assistent am St. Bartholomew's Hospital geworden war, wurde die Abtheilung für Halskrankheiten vacant. Sie wurde einem der Assistenten nach dem anderen angeboten, aber jeder weigerte sich, sie zu übernehmen, bis decretirt wurde: „dann muss sie Butlin übernehmen; er ist der jüngste und ist also dazu verpflichtet." So lagen die Verhältnisse, als Semon nach London kam. Er beschäftigte sich besonders im Hospital for diseases of the throat in Golden Square und wurde dann zusammen mit Lefferts klinischer Assistent von Morell Mackenzie. Nachdem er sein Examen bestanden und den Grad eines Mitglieds des Royal College of Physicians erlangt hatte, liess er sich im Jahre 1877 zur Ausübung der Praxis in London nieder. Als im Jahre 1881 der Internationale Medicinische Congress in London tagte, hatte Semon Gelegenheit, die Laryngologie in ihrem äusseren Ansehen und ihrer allgemeinen Anerkennung ein bedeutsames Stück zu fördern. Seinem Tact und seiner Beharrlichkeit gelang es, durchzusetzen, dass der Laryngologie zunächst wenigstens eine Subsection eingeräumt wurde. Ein Jahr später erhielt Semon den Posten des leitenden Arztes an der Abtheilung für Halskrankheiten des St. Thomas Hospital, eine Stellung, die er 15 Jahre lang inne gehabt hat. Im Jahre 1885 verlieh ihm das College of Physicians den Titel eines „Fellow", eine Auszeichnung, die niemals vorher Jemand besessen hatte, der ausschliesslich mit Laryngologie sich beschäftigte. Ein grosses Verdienst um die Förderung der Laryngologie in England erwarb sich Semon ferner durch die Gründung der Londoner Laryngologischen Gesellschaft. Butlin sprach dann von den Verdiensten, die sich Semon um unsere Specialdisciplin durch die Begründung des Internationalen Centralblatts

erworben, er erwähne die zahlreichen Sympathiekundgebungen, deren Gegenstand er in diesem Jahre anlässlich des 25jährigen Bestehens des Blattes gewesen, und schloss seine Rede ungefähr folgendermaassen: „Wir versinken, habe ich oft gedacht, aus unserer Praxis wie die Blätter an einem stillen Herbsttag fallen, die einen schon vertrocknet, braun und gelb, andere noch so frisch von Aussehen, dass man sich wundert, warum sie sich schon vom Baume lösen. Niemals aber, das kann ich aufrichtig sagen, habe ich während meiner langjährigen Erfahrung in dieser Stadt eine Ehrung für einen Mann unseres Standes miterlebt von dem Umfang und dem Enthusiasmus, wie diese heute Abend hier.“

Es sprachen ferner Mr. Alfred Mond, Mitglied des Parlaments, Dundas Grant, der ein Album mit den Photographien der britischen Laryngologen überreichte; Birkett, der den weiten Weg aus Montreal (Canada) zurückgelegt hatte, um an dem Ehrentage Semon's zugegen zu sein und im Namen einiger befreundeter Collegen der Lady Semon ein wundervolles Collier überbrachte; Sir Herbert Beerbohm Tree, der im Namen der englischen Schauspieler und Schauspielerinnen, denen Semon mit seiner ärztlichen Kunst so oft ein Helfer gewesen, ihm ein prächtig ausgestattetes Album mit deren Portraits überreichte, und Hubert von Herkomer, der in Semon vor allem den Freund und sympathischen Menschen feierte. Schliesslich überbrachte der Unterzeichnete die Grüsse der Berliner Laryngologischen Gesellschaft, deren Ehrenmitglied Semon bekanntlich ist.

Dr. Davis, als Schriftführer des Comités, machte die Mittheilung, dass die Sammlung für einen Fond, der zu einer Semon's Namen tragenden wissenschaftlichen Stiftung verwendet werden soll, und zu dem Beiträge auch aus Oesterreich, Frankreich, Deutschland, Russland, Italien, Schweden und Amerika eingegangen waren, den stattlichen Betrag von 1200 Pfund Sterling ergeben hatte.

Von lebhaftem Beifall begrüsst ergriff dann Semon das Wort. Er dankte Allen, die bei Gelegenheit seines Rücktritts von der Praxis ihm so zahlreiche und ungewöhnliche Beweise von Achtung und Sympathie gegeben hatten, in erster Linie dem König, der den ausdrücklichen Wunsch geäussert hatte, dass Semon auch weiterhin in der Stellung eines ausserordentlichen Leibarztes verbleibe. Er betonte, wie schwer es ihm werde, einer Thätigkeit, in der er so grosse Befriedigung und reiche Erfolge gefunden, zu entsagen und aus einer Stadt zu scheiden, in der er so zahlreiche und gute Freunde sich erworben. Er ging dann dazu über, zu schildern, wie schwer seine ersten Anfänge in dem fremden Lande waren, in das er als ein völlig Unbekannter, noch dazu mit unzulänglicher Kenntniss der Sprache, gekommen war. Er gab bei dieser Gelegenheit die ergötzliche Geschichte seiner ersten öffentlichen Rede in England zum Besten. Lord Lister war nach London gekommen und hielt einen Vortrag, in dem er Ansichten vertrat, die vom laryngologischen Gesichtspunkt aus sehr anfechtbar waren. Semon hatte geglaubt, es würde sich lebhafter Widerspruch geltend machen; als aber keiner erwiderte und der Vorsitzende schon im Begriff war, zum nächsten Punkt der Tagesordnung überzugehen, erhob er sich selbst und legte seinen dissentirenden Standpunkt dar. Er war den Mitgliedern der Versammlung der Gesellschaft völlig unbekannt; jedoch erhob sich, als er geendet hatte, lebhafter Beifall, und ein in seiner Nähe sitzender Herr, der ihn oberflächlich kannte, sagte, das wäre ein guter

Anfang, zumal wenn man bedenke, dass er es gewagt hätte, in einer fremden Sprache und gegen Lord Lister zu sprechen. Als er mit eben diesem Herrn auf dem Heimwege begriffen war und in ihn drang, ihm aufrichtig seine Meinung über seine Rede zu sagen, bekam er schliesslich die Antwort: „Ja, wenn Sie es denn wirklich ganz aufrichtig wissen wollen: ich habe nicht ein Wort von dem verstanden, was Sie gesagt haben.“ Jene Rede — setzte Semon hinzu — blieb dann für lange Zeit meine einzige.

Der Abend endete mit einer Reihe von musikalischen Darbietungen, deren Reihe durch Lady Semon eröffnet wurde, die einen von ihrem Sohn componirten Gesang mit herrlicher Stimme und vollendetem Vortrag zu Gehör brachte.

Die ganze Festlichkeit, für deren ausgezeichnetes Arrangement dem Comité nicht Lobes genug gespendet werden kann, verlief in würdigster und harmonischster Weise. Sie bildete eine höchst eindrucksvolle Kundgebung nicht nur für die Beliebtheit und das Ansehen, das Semon in England geniesst, sondern auch für die Werthschätzung und Achtung, deren sich dort die von ihm vertretene Sonderdisciplin erfreut. Das Andenken an diesen Abend wird ihn gewiss als eine der kostbarsten Erinnerungen seines Lebens in sein otium cum dignitate hinüberbegleiten.

Georg Finder.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Mühlenberg** (Düsseldorf). **Einiges über die Behandlung von Halskrankheiten vor ungefähr 100 Jahren.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 5. 1909.*

Besprechung einiger in dem alten Werke Radermacher's erwähnter Halskrankheiten und deren Therapie, die sich zu kurzem Referat nicht eignet.

HECHT.

2) **N. Rh. Blegvad** (Kopenhagen). **Oto-Laryngologie in Amerika. (Oto-Laryngologi i Amerika.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 7 u. 8. 1909.*

Studienreise-Eindrücke.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

3) **Geo E. Shambaugh. Aerztecurse in Oto-Laryngologie. (Post-graduate instruction in Oto-Laryngology.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Verf. wendet sich gegen die heutzutage noch immer beliebte Methode, Jemanden in wenigen Monaten zum Specialisten zu drillen. In der Ausbildung dürfe nicht einseitig die klinische Thätigkeit berücksichtigt werden, sondern der zukünftige Specialist müsse sich ein oder zwei Jahre mit Anatomie und Physiologie der betreffenden Körperregion beschäftigen.

EMIL MAYER.

4) **August Lucae. Sollen Oto- und Laryngologie von einem Lehrer gemeinsam an den Universitäten gelehrt werden?** *Münchener med. Wochenschr. No. 15 1909.*

Lucae wendet sich gegen Passow's Begründung, warum auch er ein Gegner der Verschmelzung beider Fächer sei. Nicht, weil er „später sich nich

mehr dem neuen Fach habe zuwenden“ wollen, sondern aus grundsätzlichen und wohlerwogenen Bedenken habe er stets und auch jetzt noch sich gegen die Vereinigung von Otologie und Laryngologie in der Hand eines Lehrers ausgesprochen. Er — Lucae — habe bei seiner medicinischen Ausbildung sowohl Laryngologie, wie Rhinologie und Ophthalmologie getrieben. Schon 1862 sei durch Lewin in Berlin Gelegenheit zum laryngologischen Unterricht gegeben gewesen. Vor seiner Niederlassung als Otologe in Berlin (1862) habe er in Wien u. a. bei Türck Laryngoskopie und die Czermak'sche Rhinoskopie getrieben und sei schliesslich in London als Schüler Toynbee's zur Otologie geführt worden.

Auch habe er als Student bei Graefe und in Wien bei Arlt und Jaeger sich mit Ophthalmologie beschäftigt. Die Folge dieser Ausbildung nach verschiedenen Richtungen hin war, dass er, „nach Berlin zurückgekehrt, in jugendlichem Eifer sich vornahm, Ophthalmologie, Otologie und Laryngologie auszuüben. Bei seinen langjährigen anatomischen Vorarbeiten über das Gehörorgan unter Rudolf Virchow wurde ihm jedoch bald klar, dass er zu einem wissenschaftlichen Erfolge in diesem so schwierigen Gebiete sich lediglich auf die Otologie beschränken müsse.“ Hierin sei schon „hinreichend die Stellung begründet, die der Lehrer und Forscher in der vorliegenden Frage einnehmen müsse“: er müsse unbedingt auf Trennung der beiden Disciplinen als Lehrfächer dringen. Er schliesse sich den Worten Bloch's an, die dieser gegen die Argumentation Passow's angeführt habe.

In Consequenz der Passow'schen Argumentation müsse bei den häufigen Complicationen seitens des Ohres bei Allgemeinerkrankungen (z. B. acute Exantheme, Meningitis cerebrospinalis, Influenza, Diphtherie, Typhus) der Otologe auch alle diese Krankheiten beherrschen, event. Kinderarzt sein.

Was den Zusammenhang zwischen Sprache und Ohr betreffe, so sei allerdings das Ohr der hauptsächlichste Sprachbildner; doch falle dem Ohr logisch nur die Taubstummheit zu, über die ja Seitens der Otologen seit Jahren Ausgezeichnetes geleistet worden sei, die übrigen Sprachstörungen gehören dagegen naturgemäss zum kleinen Theil der Laryngologie, zum grösseren dem grossen Gebiete der Sprachstörungen an, die neuerdings durch Gutzmann als eine selbstständige Wissenschaft ausgebaut worden sei. Auch der von Passow construirte räumliche Zusammenhang mit seinen daraus gezogenen Schlussfolgerungen bestehe nicht zu Recht; dann „läge es doch viel näher, den Nasenrachenraum wegen des Thränennasencanals als Verbindungsglied zwischen Ohr und dem viel näher liegenden Auge anzusehen“.

„Schon allein die literarisch kaum noch zu beherrschende Otologie mit ihrer Anatomie, Physiologie, Diagnostik und hochentwickelten operativen Technik müsse es einem selbst tüchtigen Manne erschweren, auch noch die moderne Laryngologie mit allen ihren Nebenfächern gründlich zu lehren.“

Lucae verwirft die Körner'sche Meinung, nach der die Verschmelzung der 3 Gebiete zu einer „erfreulichen (?) Vereinfachung des Unterrichtes, der Krankenbehandlung und des Krankenhausbetriebes“ führe. Im Gegentheil, gleich Bloch sei er der Meinung, dass diese Vereinigung zu einer Verflachung eines der beiden Fächer führen müsse. Die Laryngologie sei nie und nimmer ein Grenzgebiet der

Otologie. Das eine Grenzgebiet — gewissermaassen „die äussere Pforte des Mittelohres“ — sei der Nasenrachenraum, das andere, wichtigste für den Otologen sei das Gehirn mit allen seinen vitalen, localen und consecutiven allgemeinen Erkrankungen. „Schon allein diese verantwortungsreiche Beziehung zur Otologie verhindere den Otologen, auch noch die Laryngologie gründlich zu lehren.“

Die Thatsache, dass nur an 6 von den 19 deutschen Universitäten gesonderte laryngologische Institute bestehen und dass die jüngeren practischen Otologen fast ausnahmslos beide Fächer betreiben, bilde kein stichaltiges Argument für den organischen Zusammenhang beider Disciplinen als Lehrfächer. Die zweite Thatsache sei vielmehr in dem Kampf ums Dasein begündet. Im Uebrigen gebe es vieles Unrichtige in der Welt, und die Wahrheit kehre sich an keinen Majoritätsbeschluss.

Ganz anders verhalte sich die Frage nach der Berechtigung der nicht als Lehrer angestellten Otologen, beide Fächer gemeinsam zu betreiben. Dies sei Privatsache jedes Einzelnen, der sich seine practische Thätigkeit combiniren könne, wie er wolle. Lucae weist sodann auf den durch statistische Nachweise erbrachten grossen Umfang der Zahl der Oto-Laryngologen, besonders im Ausland hin; während die Lehrer in Kliniken und Polikliniken durch Studenten und Aerzte controlirt werden könnten, falle dies bei den Practikern weg. Bei der versteckten Lage des Gehörorganes falle die Controle des Publicums über die therapeutischen Maassnahmen im Gegensatz zu anderen Gebieten gleichfalls hinweg, so dass auch hierdurch das Sechswochen-Specialistenthum leichter sich entwickeln könne. Unter Hinweis auf die hohe wissenschaftliche Entwickelung der Augenheilkunde schliesst Lucae in der Hoffnung, „dass sich unter den jüngeren Otologen Nachfolger darin finden, um endlich auch der Otologie eine der Augenheilkunde ebenbürtige Stellung zu verschaffen.“

HECHT.

5) **Jurasz. Beitrag zur polnischen laryngologischen Nomenclatur. (Przyczynek do polskiego wdanownictwa lekarskiego.)** *Tygodnik Lekarski. No. 1. 1909.*

Der Verfasser berührt einige in dieser Frage bezügliche Punkte.

A. v. SOKOLOWSKI.

6) **Nikitin. Von den Beziehungen des Allgemeinzustandes des Organismus zu den Krankheiten der oberen Luftwege. (Ob otuoschenii obschtschawo soshojania organisma k bolesnjawa werchnich dichatelnich putei.)** *Jeshemesjatschnik. p. 422. 1908.*

N. hat während seiner langen und ausgedehnten Praxis die Anschauung gewonnen, dass, abgesehen von acuten Krankheiten, welche Anfangs örtlich sein können, alle übrigen Affectionen mit der Störung des Allgemeinzustandes im Zusammenhange stehen. Darum ist das zu enge Specialistenthum zu verwerfen.

P. HELLAT.

7) **E. Baumgarten** (Budapest). **Ueber den Zusammenhang der Krankheiten der oberen Luftwege und der urogenitalen Organe.** *Budapesti orvosi ujság. No. 14. 1909. Beilage Gégészet. No. 1.*

Der Zusammenhang zwischen menstruellen Blutungen und Krankheiten der

oberen Luftwege wird ausführlich behandelt. Verf. hat öfters beobachtet, dass die Menstruation bei Verengerungen der Speiseröhre und der Luftröhre sistirte. Bei mit ähnlichen Erkrankungen behafteten Männern ist Abnahme des Geschlechtstriebes beobachtet worden. Bei Nierenkrankheiten kommen Anämie, Hyperämie und Oedeme vor.

v. NAVRATIL-POLYAK.

8) **F. Gumey Stubbs. Allgemeinwirkungen chronischer Infectionen von Hals und Nase. (Systemic effects of chronic infections of the throat and nose.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Verf. bespricht unter Anderem die Bedeutung der Gaumen- und Rachenmandel für die Entstehung von Tuberculose und acutem Gelenkrheumatismus; auch die Möglichkeit, dass die Tonsillen bei Arthritis deformans die Rolle einer Eintrittspforte spielen, wird erörtert.

LEFFERTS.

9) **D. S. Doughtery. Einige für den Practiker besonders interessante Symptome seitens Nase, Hals und Ohr. (Some nose, throat und ear symptoms of significant interest to the Practitioner.)** *N. Y. Medical Record. 5. December 1908.*

Verf. bespricht besonders die Epistaxis als Symptom einer Allgemeinerkrankung oder einer Affection entfernterer Organe, ferner die Heiserkeit als Begleiterscheinung von Allgemeinerkrankungen.

LEFFERTS.

10) **Edgar P. Copeland. Die Beziehung der Infectionskrankheiten — Masern, Keuchhusten und Influenza — zur Tuberculose bei Kindern. (The relation of the infectious diseases — Measles, Whooping Cough and Influenza — to Tuberculosis in children.)** *N. Y. Medical Journal. 12. December 1908.*

Die Obductionen ergaben, dass in 31,2pCt. aller Fälle von Masern tuberculöse Veränderungen vorhanden sind, ebenso sind solche nach Keuchhusten und Influenza sehr häufig. Die Tuberculose entwickelt sich gewöhnlich aus einem latenten Herde auf dem Lymphweg.

LEFFERTS.

11) **A. Rejtö** (Budapest). **Nasen- und Ohrenuntersuchungen bei normalen und schwachsinnigen Kindern.** *Budapesti orvosi ujság. No. 6. 1909. Beilage.*

Statistisches.

v. NAVRATIL-POLYAK.

12) **W. Siegel** (Reichenhall). **Balneotherapie und Erkrankungen der oberen Luftwege.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 791. 1909.*

S. empfiehlt die Balneotherapie bei Erkrankung der oberen Luftwege und setzt alle die Gründe auseinander, warum an Badeorten günstigere Erfolge erzielt werden als zu Hause.

OPPIKOFER.

13) **F. Blumenfeld** (Wiesbaden). **Ueber ein neues Milchsäurepräparat für die rhino-laryngologische Praxis.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 779. 1909.*

B. verwendet statt der Milchsäure die Glycerinester der Milchsäure, das Monolactat und das Dilactat. Die beiden Mittel — das Dilactat verdient im All-

gemeinen den Vorzug — werden unter dem Namen Dianol 1 und Dianol 2 in den Handel kommen und haben gegenüber der Milchsäure den Vortheil, dass die Reizerscheinungen, besonders im Kehlkopf, geringer und deshalb die Schmerzen weniger heftig sind.

OPPIKOFER.

14) **D. H. van der Goot** (Haag). **Beitrag zur Radiotherapie. (Bijdrage tot de radiotherapie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 882. 1909.*

Bericht über seine, während 5 Jahre radiotherapeutisch behandelten 110 Fälle. Von denselben sind für unsere Disciplin von Bedeutung:

	Zahl	Geheilt	Gebessert	Nicht gebess.	Noch in Behandl.
Epithelioma cutis	12	8	—	2	2
Tuberc. verr. cutis	3	3	—	—	—
Lupus vulg.	7	3	2	1	1
Morb. Based.	6	—	3	2	1
Carc. gloss. phar.	11	—	—	10	1

H. BURGER.

15) **Ruprecht** (Bremen). **Die örtliche Anästhesie der Rachen- und Gaumenmandeln und des Trommelfells. Ein Beitrag zur Technik der Anästhesie in der Praxis des Hals-, Nasen- und Ohrenarztes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 2, 3 u. 4. 1909.*

In dem „Narkose oder Localanästhesie" betitelten ersten Capitel beleuchtet R. kritisch Vorzüge und Nachtheile beider Methoden, warnt dringend — unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur — vor der Allgemeinnarkose und empfiehlt die Localanästhesie, zu deren Ausbau er in den folgenden Capiteln ausgiebiges Material liefert. Er berichtet über seine verschiedenen Versuche, die zu dem Endresultate führten, dass er eine ausreichende Anästhesie der Rachenmandel durch wiederholte Bepinselung des einschlägigen Gebietes mit 10proc. Alypinlösung durch die Nase hindurch erzielte. Als geeignetste Anästhesirungsmethode zur Tonsillektomie empfiehlt Autor die Infiltrationsanästhesie der Gaumenmandeln, die ja zum Theil auch als Leitungsanästhesie wirkt, mittels einer 2proc. Novocainlösung mit 0,6proc. NaCl-Lösung zubereitet und einem Zusatz von 0,1 Vol. Suprareninlösung. Bezüglich Technik und weiterer Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

16) **F. Auerbach** (Detmold). **Neuer Zerstäubungsapparat zum Cocainisiren.** *Mit 1 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 2. 1909.*

Der in erster Linie zu diagnostischen Zwecken beabsichtigte Cocainzerstäuber für die Nase besitzt gegenüber den bisher gebräuchlichen den Vorzug, dass er vollständig mit einer Hand gehalten und zugleich bedient werden kann. Der Zerstäuber ist in der Arbeit abgebildet und beschrieben.

HECHT.

17) **Botey** (Barcelona). **Die letzten Fortschritte in Oesophagoskopie und Tracheoskopie. (Ultimos adelantos en esofagoscopia y traqueoscopia.)** *Archivos de oto-rino-laringologia. September 1908.*

Uebersicht über die Brünings'schen Instrumente und deren Handhabung.

TAPIA.

18) **E. Schmiegelow** (Kopenhagen). **Klinische Beiträge zur Bedeutung der Oesophagoskopie und Tracheoskopie in diagnostischer und therapeutischer Beziehung.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. 20. S. 402. 1908.*

Verf. empfiehlt die Oesophagoskopie besonders zur Sicherstellung der Frage, ob eine Stenose spastischer oder neoplastischer Natur sei. Er meint, die einmalige Oesophagoskopie gebe unzuverlässige Resultate, man müsse sie in Zwischenräumen von Wochen und Monaten wiederholen. Ferner zur Differentialdiagnose zwischen Cancer ventriculi und Cancer oesophag. und zur Diagnose der Oesophagusdilatationen und Divertikelbildungen ist die Oesophagoskopie unerlässlich, ebenso wie sie bei Fremdkörpern in der Speiseröhre als die beste und schonendste angesehen werden muss.

Verf. hebt dann die directe Laryngoskopie hervor, deren klinische Bedeutung am grössten im Kindesalter ist sowohl zur Diagnosenstellung als auch zur Vornahme eines endolaryngealen Eingriffs, und dann die Tracheoscopia directa, deren Anwendung bei Trachalstenose infolge substernaler Struma, von malignen Neubildungen im Mediastinum und von tuberculösen Bronchialdrüsen, von grossem Nutzen war.

Verf. führt viele lehrreiche Beispiele an.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

19) **Notiz des Herausgebers. Gefahren der directen Tracheoskopie und Oesophageskopie. (Dangers of direct Tracheoscopy and Esophagoscopy.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Verf. verlangt, dass — abgesehen von den Fällen, wo eilige Hilfeleistung dringend geboten — die Patienten zur directen Untersuchung genau so präparirt werden sollen, wie zu grossen chirurgischen Operationen; die directe Untersuchung eigne sich nicht zur Vornahme in der Sprechstunde oder in der Poliklinik.

Killian hat 164 Fremdkörperfälle, die mit Röhren behandelt waren, zusammengestellt, von denen bei 159 der definitive Ausgang bekannt ist: zwei Patienten starben an Cocainvergiftung, zwei infolge Stenose, 16 an Lungencomplikationen, fünf mit dem Fremdkörper in situ und 11 trotz der glücklichen Entfernung desselben. In Amerika hat Fletcher Ingals zwei Fälle berichtet, die wahrscheinlich infolge Vagusreizung tödtlich verliefen.

Es ist zweifelhaft, ob für diese Zwecke bei Kindern überhaupt Cocainanästhesie angewandt werden darf, wogegen sie bei Erwachsenen sicher der allgemeinen Narkose vorzuziehen ist.

Verf. weist schliesslich noch auf die Möglichkeit einer Oesophagusruptur bei ulcerativen Processen, Aneurysmen etc. hin und räth zur äussersten Vorsicht in dem Gebrauch der Tuben in allen Fällen, wo der leiseste Verdacht auf solche Dinge vorliegt.

LEFFERTS.

20) **John F. Barnhill. Bericht über Fälle von Fremdkörpern in den Athmungswegen. (Report of cases of foreign body in the respiratory tract.)** *Indianopolis Medical Journal. März 1909.*

Die ersten Fälle betreffen fünf im Kehlkopf sitzende Stecknadeln und zwei Sicherheitsnadeln. Es handelte sich — bis auf ein 13jähriges Kind — stets um

Erwachsene. Es handelte sich stets um Fr
Mund gehalten hatten. Gewöhnlich befan
bänder, nur in einem Fall war sie theils ob
war stets tief in die Gewebe eingedrungen,
subglottische Schleimhaut. Alle Nadeln
entfernt. Eine Sicherheitsnadel war in dem
der hohen Tracheotomie entfernt werden.

Ferner berichtet Verf. über das Eindrin
Bronchus eines Kindes; der Fremdkörper w
mittels des Jackson'schen Instrumenta
Heilung ein.

21) **Guisez. Pseudo-Fremdkörper in d
Speiseröhre. (Faux corps étrangers br
giens.)** *Association française de Chirur*

Unter 30 mit der Diagnose „Fremdk
tienten, bei denen die Diagnose auf Grun
physikalischen Zeichen und der Röntgenun
10 gar nichts, bei 3 Fremdkörper des Oeso

Unter 310 Fällen, die mit Bronchos
wurden und klinisch die Zeichen des
Mal um Compression von aussen, sechs Ma
stenose.

22) **Heinrich Bayer** (Strassburg). **Ueber z
aspiration.** *Münchener med. Wochensch*

Beide Fremdkörper wurden erst bei d
diagnosticirt. Bei dem ersten Falle handel
Schlafe aspirirten cariös gewordenen Milch
der den rechten Stammbronchus verlegte.
abscess im rechten Unterlappen gestellt w

Der zweite Fall, dessen klinische Diag
im rechten Unterlappen „vielleicht infolge
eine fast vollkommene Stenose des rechten
des ersten Ventral- und ersten Dorsalastes d
messendes, an beiden Enden zugespitztes
rauher Oberfläche. Dieser Fremdkörper erv
in eine Perforation des harten Gaumens pa
hatte vor ca. einem Jahre Lues acquirirt.
befunde sind in extenso mitgetheilt.

23) **Wilhelm Waller** (Malmö). **Oesophag
skopie. (Oesophagoskopi, Tracheoskop**
April 1909.

Nach einer kurzen Darstellung von der
suchungsmethode und nach der Beschreibu
dessen Anwendung, berichtet Verf. über ein

Bei 10 Fällen, bei denen Schwierigkeit beim Schlucken zu constatiren war, konnten viermal spastische Stenosen, dreimal Tumoren (zweimal Cancer, einmal Polyp) diagnosticirt werden; ein Fall von Divertikel und einer von Varicen waren vom Verf. festgestellt. Von Fremdkörpern im Oesophagus hat Verf. zweimal Fischgräten und einmal einen Theil einer Zahnprothese extrahirt; aus den oberen Luftwegen hat er dreimal mit glücklichem Erfolg Fremdkörper entfernt.

E. STANGENBERG.

24) **Chevalier Jackson. Ein Fremdkörperextractor. (A foreign body extractor.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

Verf. hat ein Instrument zur Extraction weicher Fremdkörper, wie Bohnen und Erbsen, die unter der Zunge leicht zerbrechen, angegeben, dessen löffelartiges Ende unter den Fremdkörper gebracht wird und dann mittels eines am Handgriff befindlichen Mechanismus im rechten Winkel gedreht wird. EMIL MAYER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

25) **E. Zuckerkandl. Ueber die Beziehung der Arteria nasopalatina zu Blutungen bei Septumoperationen.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 613. 1909.*

Stärkere Blutungen bei Operationen am Septum sind höchst wahrscheinlich Folge einer Verletzung des unteren Astes der Arteria nasopalatina. Um diese Verletzung zu vermeiden, macht Z. den Vorschlag, wenn irgendwie zulässig, die Operation nicht bis zum Nasenboden fortzusetzen und die Crista palatina zu schonen; auch bei Stehenlassen der Crista palatina werde in vielen Fällen die Nase frei durchgängig.

OPPIKOFER.

26) **Harris Peyton Mosher. Die Prämaxillarflügel und Septumdeviationen. (The praemaxillary wings and deviations of the septum.)** *The Laryngoscope. November 1907.*

Verf. erörtert den Zusammenhang zwischen Septumverbiegung und fehlerhaftem Wachsthum der Schneidezähne; für die leichten vorderen Verbiegungen, die so häufig gefunden werden, hält er dieses für die am meisten in Betracht kommende Ursache.

EMIL MAYER.

27) **Walter Haberfeld** (Wien). **Ueber ein bisher unbekanntes Knorpelgebilde in der Nasenscheidewand des Menschen.** *Mit 2 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Heft 4. 1909.*

H. fand gelegentlich seiner Untersuchungen über die Rachendachhypophyse und andere Hypophysengangreste beim Menschen an einer ganz bestimmten typischen Stelle der Schleimhaut der hinteren Vomerkante einen grösseren, aus hyalinem Knorpelgewebe bestehenden Herd und zwar in 50 pCt. der untersuchten Erwachsenen. Derselbe liegt einige Millimeter unterhalb des oberen Vomerrandes, hat eine längliche Gestalt und liegt mit seiner Längsachse parallel zur hinteren Vomerkante. Bei Kindern und Neugeborenen ist dieser Knorpelherd selten gefunden worden, bei den untersuchten Föten gar nicht. Wahrscheinlich ist dieses Gebilde als

rudimentäres anzusprechen, ohne dass jedoch eine Angabe über seine phylogenetische Bedeutung möglich wäre.

HECHT.

28) **Hopmann. Verkürzung und Verlagerung des Vomer.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 305. 1908.*

Unter Verlagerung des Vomer versteht H. eine Anomalie, bei der der Vomer verkürzt und mit seinem hinteren Rande und den Alae nicht an normaler Stelle sondern vor derselben gelagert ist, so dass es nicht zur Bildung regulärer Choanen kommt. Die Rachentiefe wird dadurch erheblich vergrössert. Das Vorrücken des Vomerrandes nach vorn kann so erheblich sein, dass er sich bis zu 25 mm von der Ebene der Plica salpingopalatina entfernt und somit ein nicht unbeträchtlicher Theil der lateralen Nasenwand anscheinend frei im Nasenrachenraum liegt.

Die Fälle von Verlagerung und Verkürzung des Septums, die H. gesehen hat, betreffen meist Ozaenakranke. Die Septumverkürzung, die als Wachsthumstörung aufzufassen ist, spricht deshalb nach H. zu Gunsten der Auffassung, dass die Ozaena als congenitale und nicht etwa als durch langdauernde Eiterung erworbene Krankheit aufzufassen ist.

Am Schluss der Arbeit wird die Methode, durch welche beim Lebenden Moulagen des Epipharynx hergestellt werden können, kurz beschrieben.

OPPIKOFER.

29) **Otto Freer** (Chicago). **Die submucöse Fensterresection; ein ergänzender Nachtrag.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 361. 1908.*

Verf. verwirft die Operationsart Killian's und Hajek's mittels Knopflochschnitts vorne am Septum als unzuverlässig und empfiehlt wiederholt die Vorzüge des L-Lappens. Man soll den den Lappen nach hinten begrenzenden senkrechten Schleimhautschnitt weit nach oben und den Horizontalschnitt weit nach vorn etwas über die Verbiegung hinaus führen, damit ein grosser Lappen vorgezeichnet wird, welcher nach seiner Ablösung bequem durch den Retractor nach vorne gehalten werden kann. Durch diese Art Lappenbildung liesse sich das ganze Operationsfeld völlig freilegen.

Darauf spricht Verf. über Verschiedenheiten im Aufbau der Scheidewand. Sehr starke Verdickung der Bedeckungen ist selten und wurde am häufigsten bei Knaben am vorderen Theile des knorpeligen Septums beobachtet, sodass trotz sehr schwachen Knorpels diese Partie sich kolbig und hart anfühlte und sogar Cristae auf diese Art durch Ausgleich der Niveaudifferenz verdeckt wurden.

Sodann spricht Verf. über das Verhalten von Narben der Schleimhaut, über die Resection bei bestehender Perforation, über stellenweises Wachsthum des Scheidewandknorpels über seine Knochengrenzen hinaus und theilweise Bedeckung einer Seite der knöchernen Scheidewand durch solche knorpeligen Fortsätze, über die Resection der knöchernen Basis der Verbiegung und der Crista. Nach der Entblössung der Crista ist es leicht, sie mit wenigen Schnitten der vom Verf. modificirten Grünwald'schen Zange wegzunehmen. Diese Angaben sind durch Illustrationen dem Verständnisse nahegerückt; ebenso sind einige Instrumente abgebildet.

Was die Operation bei Kindern betrifft, so fand Verf. mit Ausnahme von drei Fällen, wo sich trotz gründlicher Entfernung der verticale Winkel der Verbiegung zum Theil wieder bildete, die Erfolge ebenso schön, wie bei Erwachsenen. — Die neuerlich des öfteren wiederholte Warnung, dass dem Wachsthum der kindlichen Nase durch die Operation Schaden zugefügt werde, sei nur Theorie.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

30) **K. M. Menzel** (Wien). **Zur Fensterresection der verkrümmten Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 6. 1908.*

Unter Hinweis auf die gesammte einschlägige Literatur theilt Wenzel mit, dass ihm die kurze Mittheilung Killian's bezüglich der submucösen Fensterresection bei Publication seiner Arbeit unbekannt gewesen und diese Methode vor seiner Publication wohl vollständig unbeachtet geblieben sei. M. schliesst mit den Worten: „Dass ich selbstverständlich keine Absicht habe, die Priorität Killian's in dieser Frage in Zweifel zu ziehen, ferner aber, dass ich ohne irgendwelche Kenntniss der von Killian auf der 71. Naturforscherversammlung gemachten Mittheilung meine seinerzeit veröffentlichte Modification der Krieg'schen Fensterresection bereits seit Mai 1902 übe und Ende 1903 publicirte. Meine Arbeit ist also unabhängig von Killian entstanden," ferner „dass ich meine Publication nicht, wie sie von manchen aufgefasst worden zu sein scheint, als gemeinsame Arbeit von Hajek und mir, sondern als ausschliesslich eigene veröffentlicht habe und zu vertreten wünsche."

HECHT.

31) **K. M. Menzel** (Wien). **Nachträgliche Bemerkungen zu meinem im Septemberheft enthaltenen Aufsatz über die submucöse Fensterresection der Nasenscheidewand.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. Heft 11. 1908.*

Berichtigend theilt Autor mit, dass Band 1900 des Internationalen Centralblatts für Laryngologie ein Referat der in seiner Arbeit mehrfach erwähnten Mittheilung Killian's auf dem Deutschen Naturforschertag zu München 1899 enthalte, dass jedoch ein Hinweis auf dieses Referat ausschliesslich im Namensregister unter „Killian" zu finden sei, im Sachregister — das allein für den Bearbeiter eines Gegenstandes maassgebend sei — infolge eines Druckfehlers eine falsche Seitenzahl verzeichnet stehe.

Durch vorstehende Bemerkungen werden weder die Beweisführung noch die Schlussfolgerungen seiner seinerzeitigen Arbeit tangirt.

HECHT.

32) **Jürgens. Beobachtungen bei totaler und theilweiser Entfernung des Nasenseptums. (Nobljaedenija pri polnom i tschashitschnom udalenii nosowai peregorotki.)** *Jeshemesjatschnik. p. 144. 1908.*

Jürgens operirt sowohl nach der früheren oder Lappenmethode wie auch nach der submucösen oder Killian'schen Methode. Der ersteren giebt er in den Fällen den Vorzug, wo die Krümmung sehr stark ist. Bei sehr alten Leuten hält er die Correctur für unnütz oder gar schädlich.

P. HELLAT.

33) **Fr. Müller** (Heilbronn). **Bemerkungen**
mitäten; die submucöse Resection der
Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete.

Bei zwei Patienten trat im Anschluss
Otitis ein, 1mal eine Angina mit nachfolge
8 Tage nach der Operation eine sehr schwe
tiges Niesen. Einzelne Patienten sind in d
müde und unfähig zu arbeiten. Die an un
deshalb nur nach genauer Indicationsstellu

Besteht eine einfache Crista septi ohn
immer nur submucös entfernt werden; es i
ohne Schonung der Schleimhaut auch heute

34) **Onodi. Resection der Nasenscheidev**
résection de la cloison nasale dans la
de laryngologie etc. November-December

Verf. räth, die Nase in der Mittellinie
tion der Nasenbeins und des Processus fr
sowie die erkrankten Theile zu reseciren. D
Milchsäure an.

35) **J. E. Mackenty. Die submucöse Ope**
wortung einer schnelleren Technik. (Th
septum with a plea for a more rapid te
Mai 1908.

Verf. plaidirt dafür, dass man so wer
soll. Man soll sehen, so blutleer zu operire
nöthig ist. Um den Knochen schnell entfer
von der Deviation und dem Nasenboden grü
einen Versuch zur Entfernung des Knochen

36) **Okunew. Eindrücke von der O. Freer'**
lenija ot operazii iskoiwlenii peregoro
Jeshemesjatschnik. p. 517. 1908.

O. theilt in der Arbeit mit, dass er u
Methode 11mal operirt haben. Er ist mit de

37) **Erbrich. Ueber die submucöse Opera**
podiluzowego usuwania sknywdowy p
No. 45 u. 46. 1908.

Nachdem der Verf. eine Beschreibung
tumoperationen angegeben, berichtet er üb
2 Jahren nach der Methode von Killian mi

38) **Kretschmann. Orale oder nasale Resection der Nasenscheidewand; ein Wort der Erwidorung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 9. 1909.*

Sachliche Polemik gegen Brünings, mit dem Hinweis, dass die nasale Methode seiner Zeit auch eine Reihe unangenehmer Begleiterscheinungen gezeitigt habe, die erst im Laufe der Zeit durch die Zusammenarbeit einer ganzen Anzahl von Rhinochirurgen beseitigt wurden und dass dadurch die nasale Methode erst auf ihre heutige Höhe gelangt sei. Die orale Methode, die erst im Anfang ihrer Laufbahn stehe, dürfe man nicht a limine verwerfen; auch sie sei verbesserungsfähig und Autor habe selbst neuerdings einen Theil der von B. beanstandeten Mängel (starke Blutung, schwere Vermeidung der Einrisse bei Ablösung der Nasenschleimhaut, postoperative starke Schwellung und Temperatursteigerung) durch verbesserte Technik vermeiden gelernt. Der Zukunft bleibe es vorbehalten, zu entscheiden, ob die orale Methode das Bürgerrecht in der Rhinochirurgie gewinne oder nicht.

HECHT.

39) **Müller** (Heilbronn). **Eine seltene Störung nach submucöser Nasenscheidewandresection.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1908.*

Einige Wochen nach normalem Verlauf der Operation trat bei dem Patienten bei der In- und Exspiration ein dem Ton a^b entsprechendes Pfeifen auf, das den Patienten und seine Umgebung sehr störte. Als Ursache fand sich am unteren Ende des Knorpelschnittes ein schiefverlaufendes Loch von 2 mm im Durchmesser in der Nasenscheidewand, über das sich auf der einen Seite eine straff gespannte Narbenfalte herüberzog, die durch den ein- und ausströmenden Luftstrom in periodische Schwingungen gerieth. Die auf diese Weise entstandene eigenartige Zungenpfeife wurde durch Vergrösserung der Perforation auf ca. 6 mm und unter gleichzeitiger Zerstörung der Falte beseitigt.

HECHT.

40) **Chevalier Jackson. Septumperforationen; ihr Verschluss durch plastische Operationen. (Septal perforations; their closure by plastic operations.)** *Pennsylvania Medical Journal. September 1908.*

Die Ränder der Perforation werden angefrischt und ein langer zungenförmiger Lappen wird von der unteren Muschel abgeschnitten, in die Perforationsöffnung hineingelegt und dort angenäht. Es resultirt eine Synechie, die dann beseitigt wird, worauf 5 Tage lang ein Tampon eingelegt wird. Es kann nothwendig werden, an beiden Muscheln zu operiren, um eine Perforation zu schliessen.

EMIL MAYER.

41) **Sam Goldstein. Eine neue Septumzange. (A new nasal septal forceps.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Die Zange ist sehr stark und beisst Knorpel und Knochen glatt durch; ihre Krümmung ist derart, dass durch die Hand des Operateurs das Gesichtsfeld in der Nase nicht verdeckt wird.

EMIL MAYER.

42) **Thomas J. Harris. Papillom der Nase. (Papilloma of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1907.*

Ein Unterscheidungsmerkmal zwischen dem wahren Papillom und der papillären Hypertrophie besteht in dem Sitz der Geschwulst. Jenes wird im vor-

deren Theil der Nase gefunden, während diese auf den hinteren Abschnitt begrenzt ist. Es giebt keinen Fall von gleichzeitigem Befallensein beider Nasenhälften. Die Möglichkeit einer malignen Umwandlung wird von mehreren Autoren angegeben. Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

43) **Chavanne** (Lyon). **Papillom der Nasenhöhle. (Papillome des fosses nasales.)** *Annales des maladies de l'oreille. August 1907.*

Verf. hat 39 Fälle gesammelt, auf Grund deren er eine sorgfältige Studie über diese Affection giebt, die er für weniger selten hält, als man gewöhnlich annimmt.

BRINDEL.

44) **Rueda** (Madrid). **Papillom der Nase. (Papilloma nasal.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 3.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von multiplen Papillomen an den unteren Muscheln, die eine erhebliche Deformation des knöchernen Nasenskeletts herbeigeführt hatten. Es handelte sich beide Male um jugendliche Kranke, deren Skelett noch weich und nachgiebig war. Exstirpation. Heilung.

TAPIA.

45) **K. Ono. Papilloma durum der Nasenhöhle.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. XIV. Heft 5. 1908.*

Bei einem 26jährigen Schüler fand O. eine daumengrosse dunkelrothe, durch Cocain nicht abschwellende höckerige Tumorbildung an der lateralen Wand des unteren Nasengangs. Mikroskopisch constatirte man ein hartes Papillom mit geschichtetem Plattenepithel, Papillen und Bindegewebsstroma.

INO KUBO.

46) **Kelly Brown. Naso-Antralpolyp. (Naso-antral Polypus.)** *Lancet. 9. Januar 1909.*

Bericht über 15 Fälle. In 11 Fällen wurde das Antrum eröffnet und der Zusammenhang zwischen der die Höhle auskleidenden Schleimhaut und der Geschwulst demonstrirt. In 10 Fällen war das Alter der Patienten unter 20 Jahren. Verf. eröffnet die Highmorshöhle von der Fossa canina aus, so wie er es beschrieben hat (Lancet, 17. Sept. 1904) unter Localanästhesie und erhält so einen guten Einblick in die Höhle.

ADOLPH BRONNER.

47) **Nieddu Semidei. Nasenpolypen mit lang dauernder Aufhebung der Nasenathmung. (Polipi del naso con abolizione per lungo tempo della respirazione nasale.)** *Bollettino delle malattie dell'orecchio etc. No. V. 1909.*

Verf. hat bei seinen Patienten pneumatometrische Untersuchungen vor und nach der Entfernung der Polypen angestellt. Er konnte eine Zunahme der vitalen Lungencapacität constatiren; ausserdem zeigte sich, dass die Zahl der rothen Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt des Blutes zugenommen hatte und im Stoffwechsel eine Verbesserung eingetreten war.

FINDER.

48) **J. Imai. Drei Fälle von riesig grossen Nasenpolypen.** *Hiroshima-eisei-iji-geppo. No. 113. 1908.*

Der grösste Polyp war 9 cm lang und 6 cm breit.

INO KUBO.

49) **Bleyl** (Nordhausen). **Ueber die Entstehung der Nasendeformität durch Polypenbildung.** *Mit 2 Abb. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Heft 10. 1908.*

Autor beschreibt einen einschlägigen Fall und kommt — unter eingehender Berücksichtigung der Literatur — zu folgenden Schlüssen: Die hauptsächlichen Momente für die Entstehung der Nasendeformität bei multiplen Polypen sind:

1. Der Druck der Polypen auf die Nasenwände a) in Folge Atrophie der Knochen, b) in Folge Sprengung der knöchernen Suturen.

2. Entzündliche Processe a) des Knochen: chronische Periostitis und Ostitis osteoplastica, b) der Weichtheile: entzündliches Oedem, event. auch fibröse Verdickung des Nasenintegumentes.

HECHT.

50) **G. Trautmann** (München). **Blutende Septumpolypen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 483. 1908.*

Beschreibung dreier Fälle, bei denen es sich 2 Mal um gefässreiches Fibrom, 1 Mal um ein einfaches Granulationswärzchen handelte.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

51) **T. Nakamura.** **Ein Fall von Septumpolypen.** *Koseikwan-iji-Kenkynkwaizasshi. Bd. XV. Heft 2. 1908.*

Eine röthliche, höckerige, bohnengrosse Tumorbildung im rechten Locus Kiesselbachii bei einem 18jährigen Manne. Mikroskopischer Befund: Granulom.

INO KUBO.

52) **Rueda** (Madrid). **Blutender Septumpolyp. (Pólipo hemorrágico del tabique.)** *Archivo de oto-rino-laringologia. No. 1.*

Exstirpation mit der kalten Schlinge; Kauterisation der Ansatzstelle, um ein Recidiv zu verhüten.

TAPIA.

53) **Sasedatelew.** **Zur Frage der Pathogenese blutender Polypen des Nasenseptums. (K wopresu o patogenese krowototschasch polipow nos. peregerodki.)** *J Eshemes. Bd. p. 371.*

Mittheilung eines Falles, in welchem zunächst ein blutender Polyp entstand und dann im Verlaufe von einigen Monaten näher zum Nasenausgange eine Perforation sich bildete, ohne dass der Polyp galvanokaustisch behandelt worden wäre. Er wurde zunächst abgekniffen und dann mit Ac. chrom. gebeizt.

P. HELLAT.

54) **Herrick S. Vail.** **Rhabdomyom der Nase. (Rhabdomyoma of the nose.)** *The Laryngoscope. December 1908.*

Verf. berichtet über diesen einzigartigen Fall. Es handelte sich um eine Frau, die über Nasenstenose klagte, und bei der sich in der linken Nase die Muschel in so engem Contact mit dem Septum zeigte, dass es nicht möglich war, einen Wattebausch mit Cocain und Adrenalin einzuführen. Die Stenose begann gerade im Vestibulum nasi und schien völlig auf eine Schwellung der unteren Muschel zurückzuführen. Postrhinoskopische Untersuchung zeigte die linke Choane völlig ausgefüllt mit einer Masse von blassem, grauem Gewebe. Die Geschwulst konnte nur stückweise entfernt werden, da das Gewebe sehr brüchig war; die Fragmente füllten ein Weinglas. Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein-



Rhabdomyoma sarcomatodes handelte.
das wieder entfernt wurde: als die
wurde eine Operation von aussen gemac
und konnte leicht ausgeschält werden
kurze Zeit.

Für die Entstehung einer solchen
willkürlichen Muskeln der Nachbarsch
nasi oder Depressor anguli nasi, verlag
später zu einem sarkomatösen Wachsthu

55) **Robert C. Myles. Fall von Osteo
Resorption der Lamina cribrosa; A
höhle, das Keilbein und die Siebbei
the septum with extensive absorptio
into the cranial cavity, sphenoidal**
December 1908.

Es wurde nach Unterbindung de
temporären Ligatur um die andere eine
hatte das äussere Ansehen eines Sarkoms
ergab, dass es sich um ein Chondrom h

56) **W. Uffenrode** (Göttingen). **Nacht
der Nasenhöhle etc.".** *Fraenkel's
1908.*

Verf. kommt kurz auf eine Mittheil
No. 3, 1906 über einen von ihm operirte
änderung im Naseninnern zurück.

57) **Sune** (Barcelona). **Ein bemerkens
fibrom. Exstirpation. Heilung. (Ur
lobular. Extirpacion. Guración.)**

Enormer Tumor im vorderen Thei
ethmoidale Region der Nasenhöhle und
und die Apophysis pterygo-palatina e
und in einigen Sitzungen, die wegen d
mussten, konnte man stückweise den T
sammen den Umfang einer Orange hatte

Die histologische Untersuchung e
zur sarkomatösen Umwandlung.

Nach einem Jahr ist der Patient o

58) **Mayer. Rhinosklerom in Nord-**
und ihre Grenzgebiete. Bd. I. 1908

M. giebt einen kurzen Ueberblic
wordenen Fälle von Rhinosklerom. Im
und 3 männlichen Geschlechts. Alle

hatten die Krankheit bereits vor ihrer Einwanderung nach den Vereinigten Staaten. Es ist somit bis heute kein Fall von Rhinosklerom bekannt, der in den Vereinigten Staaten selbst entstanden ist.

OPPIKOFER.

59) **A. v. Irsay** (Budapest). **Fälle von Rhino-Laryngosklerom.** *Orvosi Hetilap. No. 14. 1909.*

Im ersten Falle sind Verhärtung des Naseneinganges, Krustenbildung in der Nase, Schrumpfung des Velum, Rachennarben und Choanalstenose sichtbar; im zweiten Falle ist ausser den oben erwähnten Symptomen Stenose des Kehlkopfes vorhanden. Histologische und bakteriologische Prüfung ergab in beiden Fällen ein positives Resultat. Im zweiten Falle fiel der Complement-Fixationsversuch (Goldzieher-Neuber) positiv aus.

v. NAVRATIL-POLYAK.

60) **B. v. Gámán** (Kolozsvár, Ungarn). **Fall von Sklerom.**

Den Referenten nicht zugänglich.

v. NAVRATIL-POLYAK.

61) **L. Simkó** (Budapest). **Tuberculöse Geschwulst der Nase.** *Orvosi Hetilap, No. 21. 1909.*

Die Nasengänge sind mit einer rosafarbigen, höckerigen, knorpelharten (?Ref.) Geschwulst, welche aus der Scheidewand hervorgeht und bis zu den Choanen reicht, angefüllt. Die Probeexcison zeigt das Bild der Tuberculose. Patient ist noch nicht operirt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

62) **Castex** (Paris). **Maligne Tumoren der Nasenhöhle. (Tumeurs malignes des fosses nasales.)** *Association française de Chirurgie. 5. bis 10. October 1908.*

Unter 15 Fällen des Verf. waren 2 Myxosarkome, 9 Sarkome, 4 Epitheliome. Verf. bespricht die Differentialdiagnose gegenüber den inficirten Myxomen, der tertiären Syphilis, Sinusitis caseosa mit schwammigen Granulationen, Rhinolithen etc.

Verf. widerräth das partielle Morcellement, durch das das Wachsthum der Geschwulst angeregt wird und empfiehlt die breite Eröffnung mit partieller oder totaler Resection des Oberkiefers nach dem normalen Verfahren.

GONTIER de la ROCHE.

63) **A. Denker** (Erlangen). **Die operative Behandlung maligner Tumoren der Nase. (The operative treatment of malignant tumors of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Verf. beschreibt seine Operationsmethode, wie er sie bereits im Archiv für Laryngologie Vol. XVII. 1905 dargestellt hat. Als Vortheile der Methode werden folgende hervorgehoben:

Sie erlaubt eine völlige Freilegung des Tumors und damit seine gründliche Entfernung. Es ist kein äusserer Hautschnitt nöthig, daher ist das kosmetische Resultat ein ideales. Es wird vermieden, dass grosse Blutmengen nach unten fliessen; dieser Umstand giebt der Methode den Vorzug vor den Operationen nach Chalot, Partsch und Kocher. Die Mortalität der Operation ist sehr gering. Die Nachbehandlung ist ausserordentlich einfach, gewöhnlich kann der Patient 10—14 Tage nach der Operation aus der Behandlung entlassen werden.

EMIL MAYER.

64) **Manasse** (Strassburg). **Zur pathol nen Nebenhöhlengeschwülste.** *Zeitsc gebiete. S. 517. 1909.*

Im ganzen 6 Fälle. Die Kieferhöh höhlen oder der Nasenhöhle — in 5 Fäl Carcinom, zweimal um Endotheliom (ein um eine Combination von Cholesteatom Die Fälle kamen in bereits vorgerücktem bruch durch die Gaumenplatte, einmal am Oberkiefer, äusseren Orbitalwand un Orbita, einmal Durchbruch in die Schäd mit Beigabe von 6 mikroskopischen Bilc

Die Fälle 1 und 2 (Kieferhöhlenca ration noch recidivfrei, und Fall 6 (Sar Jahre nach der Operation geheilt. Bei resultat bei der grossen Ausdehnung de

65) **Kassel** (Posen). **Zur Geschichte** *Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgeb*

K. weist darauf hin, wie im Altert über das Wesen und die Entstehung de wie ganz verschiedenartige Krankheiten schiedenartig und zahlreich waren de schläge; nur erwähnen möchten wir, d energischen Behandlung des Nasencarcin und Glüheisen empfahlen.

66) **T. Nakamura. Ueber die Arten u cinoms der Nasenhöhle und des Obe** *Heft 1. 1908.*

Unter 6 Fällen von Carcinoma nas epithelcarcinom und einmal Cylinderepit so fand er das Carcinom zweimal aus vermuthlich aus der Kieferhöhle hervorg trachtet N. eine vorausgehende Entzündu meist die Carcinome begleitet. N. glaub Cylinderepithelzellen zu Plattenepithelz stattfindet.

67) **H. Aufmwasser. Ein Fall von in nasal sarcoma.)** *The Laryngoscope.*

Der Fall ist bemerkenswerth wegen die Anwendung der Roentgenstrahlen ga Bericht über den Patienten stammte aus

68) **Chaput** (Paris). **Vollständige Resection des Siebbeins wegen eines malignen Tumors der Nebenhöhlen mit Compression der Nervi optici. Heilung mit Wiederkehr des Sehvermögens. (Résection complète de l'ethmoide pour une tumeur maligne des fosses nasales avec compression des nerfs optiques. Guérison avec retour de la vue.)** *Société de Chirurgie. Bulletin. 17. November 1908.*

Das Siebbein wurde so vollständig resecirt, dass die Dura in weitem Umfange prolabirte. Am 10. Tage traten einige epileptische Anfälle auf, die aber bald verschwanden.

Verf. hat im Gegensatz zu dem gwöhnlich geübten Verfahren die Methode geübt, dass er die Nase nach oben geschlagen hat. GONTIER DE LA ROCHE.

c. Mundrachenhöhle.

69) **William J. Lederer. Die Pflege des Mundes während der Kindheit. (The care of the mouth during infancy and childhood.)** *N. Y. Medical Record. 5. December 1908.*

Die Aufgaben der Mundpflege bestehen darin, die Sepsis der Mundhöhle so weit wie möglich zu reduciren, die Mundhöhle alkalisch zu machen, Zahncaries zu beseitigen, entzündliche Zustände herabzumildern, Zahnextractionen möglichst zu verhindern und für einen gesunden Stoffwechsel zu sorgen. LEFFERTS.

70) **Piasecki. Untersuchungen über einige neuere Methoden der Desinfection der Mundhöhle. (Badania nad niektórymi nowszymi sporobami odkazania jamynstnej.)** *Tygodnik Lekarski. No. 10—12. 1909.*

Formamint wirkt in vitro bei starken Lösungen (1 Pastille auf 1—5 ccm Speichel) bacterientödtend auf die Flora des Speichels des gesunden Menschen. Bei den Lösungen jedoch, die man gewöhnlich beim Kauen einer Pastille braucht, ist die Wirkung sehr schwach. Die Beobachtungen am Menschen haben ergeben, dass nach einer grösseren Dose (2 Pastillen) eine schnell verschwindende bacterientödtende Wirkung eintritt. Später jedoch vergrössert sich die Mikrobenanzahl in der Mundhöhle. Bei kleinen doch öfter wiederholten Dosen (1 Pastille halbstündlich) tritt eine Verminderung der Bacterienzahl ein, doch in Anbetracht der hohen absoluten Zahl der Bacterien im Speichel ist schwerlich den betreffenden Mitteln irgend eine practische Bedeutung zuzuschreiben.

A. v. SOKOLOWSKI.

71) **Lincke. Welche Anforderungen sind von fachmännischer Seite an Zahnpflegemittel zu stellen?** *Aerztl. Vierteljahrs-Rundschau. II. 1909.*

Empfehlung des Perhydrolmundwassers, des Perhydrol-Zahnpulvers und der Perhydrol-Zahnpaste. SEIFERT.

72) **G. Avellis** (Frankfurt a. M.). **Ein schmerzstillendes Mundwasser.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 33. 1909.*

A. empfiehlt das von Ritsert in Frankfurt hergestellte, Anaesthesin enthaltende Subcutinmundwasser. OPPIKOFER.

73) **Heinrich Kropf** (Wien). **Erfahrungen über Formamint als Mundhöhlendesinficiens.** *Wiener med. Wochenschr. No. 12. 1909.*

Die Formaminttabletten, wurden an der Klinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien als Mundantisepticum bei antiluetischer Allgemeinbehandlung mit bestem Erfolge angewendet. Keine unerwünschte Nebenwirkung. HANSZEL.

74) **Boss** (Strassburg). **Ueber die Mundpflege bei Quecksilbercuren, mit besonderer Berücksichtigung der Givasanzahnpaste.** *Medic. Klinik. 10. 1909.*

Die unter dem Namen Givasanzahnpaste im Handel erscheinende Zahnpaste dient als Grundlage des Hexamethylentetramin, aus welchem bei Zusammentreffen mit dem alkalisch reagirenden Mundspeichel Formaldehyd frei wird. SEIFERT.

75) **Piasecki. Untersuchungen über die desinficirende Wirkung der Pyocyanase auf die Mundschleimhaut. (Badanie nad niektóremi nowszymi sposokami odkazamia jamy ustnej [Pyocyanase].)** *Lwowski Tygodnik Lekarski. No. 12. 1909.*

Verf. hat bei einer Reihe von 10 gesunden Individuen genaue bacteriologische Untersuchungen vorgenommen, in wie weit die Pyocyanase vermittelst des Sprays auf die Mundrachen-Schleimhaut angewandt, zur Verhinderung resp. Beschränkung des Wachsthums bacteriologischer Flora der Mundrachen-Schleimhaut beiträgt. Leider fielen die Untersuchungen des Verfassers ziemlich negativ aus, sogar stärkere Lösungen verursachten nach einmaliger Sprayanwendung und vorübergehender Beschränkung des Wachsthums nur noch ein üppigeres Wachsthum der Bacterien. Nur schwache Lösungen und wiederholte Sprays begrenzen einigermaassen das Wachsthum und stellen deshalb eine in gewissem Sinne bactericide Wirkung dar. A. v. SOKOLOWSKI.

76) **Simon. Ueber Anwendung der Pyocyanase bei den infectiösen Rachenkrankheiten. (Ostosowanin pypcyanazy w zakaznych cierpieniach gardzieli.)** *Medycyna. No. 7. 1909.*

Pyocyanin, das ganz bedeutende bacterientödtende Eigenschaften besitzt, wurde vom Verf. in Form von Emerich'scher Pyocyanase mittelst Zerstäubung bei Angina follicularis und verschiedenen anderen Tonsillitiden methodisch angewendet und zwar mit günstigem Erfolge, besonders in der Kinderpraxis. Am zweckentsprechendsten wird das Mittel mit Hülfe des Ligner'schen Sprayapparates angewendet. A. v. SOKOLOWSKI.

77) **v. Barabás** (Budapest). **Ueber acute mercurielle Stomatitis.** *Orvosi lapja. No. 23. 1909.*

Specifisches Mittel gegen diese Krankheit ist das Wasserstoffsuperoxyd.

v. NAVRATIL-POLYAK.

78) **L. Nielsen** (Kopenhagen). **Papulo-erosive Syphilis der Mundhöhle und des Rachens mit Nachweis der Spirochaete pallida ca. 9 Jahre nach Infection. (Papulo-erosive Syfilider i Mund og Sorely med Paarising aj Spirochaete pallida c. 9 Aar efter infectionen.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 3. 1909.*

Das Vorkommen der Papeln auf denselben Stellen wie vorher. Der $8^1/_2$ jähr-

Verlauf lässt vermuthen, dass Spirochaete pallida sich während der vergangenen Jahre im latenten Zustande befunden hat. E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

79) **Mollow** (Sofia). **Ueber Vorkommen von Mundschleimhautpigmentirung.** *Med. Klinik. 10. 1909.*

Die Mundschleimhautpigmentirung ist keine pathognomonische Erscheinung für Morbus Addisonii, sie kann unter normalen Verhältnissen bei den Zigeunern und zwar von der Pubertät an ziemlich ausgebreitet an der gesammten Mundschleimhaut auftreten. Bei der einheimischen Bevölkerung Bulgariens beobachtet man unter normalen Verhältnissen Pigmentflecke an den Lippen und am Zahnfleisch, aber nie in den tieferen Theilen der Mundschleimhaut. Ausserdem findet man Pigmentirungen der Mundschleimhaut bei Malaria und bei Pellagra.

SEIFERT.

80) **Katz** (Berlin-Wilmersdorf). **Ueber Vorkommen von Mundschleimhautpigmentirungen. Bemerkungen zu dem Aufsatze von Dr. Mollow in No. 10 d. Wochenschrift.** *Med. Klinik. 23. 1909.*

Die betreffende Pigmentirung sah K. öfters bei Schwarzen der Capcolonie; es sind physiologische Schleimhautpigmentirungen. SEIFERT.

81) **Scheuer** (Wien). **Ueber einen Fall gonorrhoischer Infection der Mundhöhle.** *Wiener med. Wochenschr. No. 20. 1909.*

Coitus per linguam bei einer Puella publica, schon am nächsten Tage Brennen und Schmerz an der Zungenspitze. Gonokokken konnten culturell nicht nachgewiesen werden, da erst nach erfolgter Behandlung daraufhin untersucht wurde. Doch macht das typische mikroskopische Bild des Secrets zu Beginn der Erkrankung, sowie die Entstehungsweise und ihr klinisches Aussehen (Zunge geröthet, geschwollen, hellerstückgrosse Excoriationen, festhaftender grauweisser Belag, am harten Gaumen ein flaches, mit zähem Secret belegtes Geschwür), die Diagnose Stomatitis gonorrhoica höchst wahrscheinlich. HANSZEL.

82) **Marschik** (Wien). **Vaccine der Mund- und Rachenschleimhaut.** *Wiener med. Wochenschr. No. 22. 1908.*

Die Schleimhautaffection ähnelt im Bilde und Verlauf ganz der der äusseren Haut. HANSZEL.

83) **C. von Vidakovich** (Budapest). **Fall von chronischer Wismuthvergiftung, entstanden infolge von Wismuthinjectionen.** *Orvosi Hetilap. No. 47. 1908.*

Die Wismuthinjectionen wurden nach Beck's Vorschlage zur Heilung von Pyothorax angewendet, im Ganzen wurden 30 g Pulver verbraucht. Ungefähr 8 Tage nach der zweiten Injection erfolgte eine Blaseneruption auf der Zunge, mit nachfolgender Geschwürsbildung, diffuser nekrotischer Stomatitis und Foetor ex ore.

v. NAVRATIL-POLYAK.

84) **Heinrich Halász** (Miskolcz). **Die Behandlung der acuten Entzündung der Rachenwände und der Gaumenmandeln.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc Heft 5. 1909.*

Nach Halász gelingt es, die acuten Pharyngitiden ebenso wie die acuten

Tonsillitiden durch tägliche Jodglycerin-Pi
weitere Medication oder eine Unterbrechun
„Tonsillarabscess" wird ein „mit der Bie
verlaufender Einschnitt vorgenommen un
pinselt.

85) **Notiz des Herausgebers. Acute Ha of the throat.)** *Journal American Me*

Jede acute primäre Halsinfection s
septischen Gurgelung mit nachfolgender w
alkalischer Ausspülung behandelt werden;
wiederholt werden. Das beste antiseptisch
superoxyd-Lösung, die man herstellt, ind
peroxydati mit 4—5 Theilen Wasser verdün
soll 1—2 Minuten später die Anwendung
1 Glas Wasser) Kochsalzlösung folgen;
2proc. Borsäurelösung, so dass also alle
stoffsuperoxyd-Lösung — mit nachfolgende
salzlösung — und mit Borsäurelösung
Abortivbehandlung acuter Halsentzündung

86) **J. Hollick. Streptokokkeninfection [septic] throats.)** *Lancet. 19. Decemb*

Mittheilungen über zwei Epidemien i

87) **Hermann Marschik** (Wien). **Pharyn** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. und Lar*

Mittheilung der Krankengeschichte
dingten, foudroyant verlaufenden Falles,
logisch-histologischen Befunde der erkran

88) **Starkiewicz. Beitrag zur Mischinf zündungen. (Przyczynek da sakaien** *karskie. No. 4—5. 1909.*

Verf. beobachtete eine eigenthümlich
(2—5 Jahre), welche epidemisch auftrat
wöhnlicher Rachendiphtherie zeigte, wäh
des Racheninhaltes und genau durchgefüh
theriebacillen und Bac. prodigiosus dars
keine Diphtheriebacillen gefunden. Die m
neten sich klinisch dadurch aus, dass n
der Schleimhaut des Rachens rothe Fläche
sogar in einigen Fällen Anlass zu Blutung

89) **Sir Felix Semon. Bemerkungen zu einem Fall von Pneumokokkeninvasion des Pharynx mit nachfolgender Kehlkopf- und Lungentuberculose. (Remarks on a case of Pneumococcus Invasion of the throat upon which laryngeal and pulmonary Tuberculosis supervened.)** *British Medical Journal. London, 26. Juni 1909.*

Dieser Bericht schliesst sich an die Arbeit an, die Verf. über Pneumokokkeninvasion des Rachens im December 1908 im Medical Magazine veröffentlicht hatte.

Im vorliegenden Aufsatz handelt es sich um den Fall eines bekannten Arztes, eines 45jährigen Mannes. Dieser Fall unterscheidet sich von den in der früheren Arbeit mitgetheilten 2 Fällen durch das Hinzutreten von Tuberculose und den tödtlichen Ausgang. Im September 1908 klagte Pat. über Halsbeschwerden. Dr. Mc Bride in Edinburg constatirte nur eine Schwellung der Zungentonsille; diese Schwellung konnte auch Verf. im Oktober, als er den Patienten zum ersten Mal sah, constatiren. Am 5. November sah man ein oberflächliches, unregelmässiges, kleines Geschwür gerade gegenüber dem dritten linken Molaris. Dieses verschwand, kehrte aber bald wieder, und gleichzeitig konnte man auch erhebliche Schwellung der Cervicaldrüsen constatiren. Verf. stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Pneumokokkeninfection. Am 15. December war das Pharynxgeschwür fast verschwunden, jedoch war die Schleimhaut über beiden Aryknorpeln geschwollen; diese Schwellung hatte sich am 21. December auf die Epiglottis ausgebreitet und hatte fast das für Kehlkopftuberculose typische Aussehen. Die Behandlung bestand im Umlegen einer Leiter'schen Cravatte mit Eiswasser, Eisschlucken und Ernährung mit kalten Speisen. Das Geschwür im Pharynx war wieder erschienen. Pat. bekam jetzt eine Temperatursteigerung bis 28,5°. Dieser Zustand hielt unter Schwankungen einige Tage an, jedoch das Kehlkopfödem verschwand, und es wurde nun, obwohl nach der Anamnese kein Verdacht auf Syphilis vorlag, Jodkali gegeben, das aber keinen Effect hatte. Inzwischen war ein Pneumokokkenserum präparirt worden, von dem eine Injection am 2. Jan. 1909 gemacht wurde. Die weissliche Infiltration im Pharynx schien besser zu werden, jedoch nach 1—2 Tagen klagte Pat. über grössere Halsschmerzen als zuvor. Es fand sich ein neues Ulcus auf der hinteren Pharynxwand; dabei bestanden Schluckbeschwerden. Ueber der rechten Lungenspitze fand man jetzt eine kleine Dämpfung. Die Untersuchung des Sputums ergab das Vorhandensein reichlicher Mengen von Tuberkelbacillen und Pneumokokken. Von besonderem Interesse ist die Thatsache, dass, während die vom Pharynx angefertigten Präparate nur von Pneumokokken wimmelten, Abstriche von dem jetzt ulcerirten Aryknorpel sowohl Pneumokokken wie Tuberkelbacillen ergaben. Trotz eines Sanatoriumaufenthalts und der sorgfältigsten allgemeinen und localen Behandlung verlief die Erkrankung rapid, und Pat. starb im April. Eine Autopsie konnte nicht gemacht werden.

Verf. erörtert in der Epikrise dieses sehr interessanten Falles die Frage welchen Antheil der Pneumococcus und der Tuberkelbacillus an der Kehlkopferkrankung hatte. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Rachengeschwüre von Anfang bis zu Ende allein durch den Pneumococcus bedingt waren. Die Lungenaffection, obwohl sie zuerst den Eindruck einer gewöhnlichen Tuberculose machte, bot in den späteren Stadien dieselben Schwierigkeiten der Erklärung, und es kann

nicht entschieden werden, welchen Antheil jeder der beiden Mikroorganismen an ihr hatte. Gegen den Schluss schien eine Schluckpneumonie oder eine Steigerung in der Virulenz der Pneumokokken hinzuzutreten.

Das einzige Mittel, das einen symptomatischen Effect hatte, waren Anästhesininsufflationen.

Verf. drückt die Hoffnung aus, dass weitere Forschungen mehr Licht in unsere Kenntniss der Pneumokokkeninfection bringen werden, die seiner Ansicht nach nicht so selten sein kann. FINDER.

90) **Bennecke** (Jena). **Ueber Pharyngitis ceratosa punctata.** *Medic. Klinik. 1. 1909.*

Bericht über die einschlägigen Arbeiten von Wyssokowicz und Januskiewicz. SEIFERT.

91) **Heydenreich** (Emden). **Eine Dermoidcyste am Mundboden.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 535. 1908.*

Verf. giebt die Krankengeschichte eines 20jährigen Mädchens, das an einer hühnereigrossen Dermoidcyste des Mundbodens litt. — Die Cyste wurde in Narkose ausgeschält. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

92) **Eduard Kellner** (Wien). **Beitrag zur Histologie der gutartigen Geschwülste des Rachens und Nasenrachenraumes: a) Fibrolipom der Rosenmüller'schen Grube, b) Drüsenpolyp des weichen Gaumens.** *Mit 4 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinol. Heft 2. 1909.*

Bericht über den klinischen und histologischen Befund beider Fälle.

HECHT.

93) **Heinrich Halász** (Miskolcz). **Papillom der Uvula.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 6. 1908.*

Mittheilung eines Falles, in dem ein an einem 3—4 mm breiten Stiele sitzendes, etwas über 1 cm langes, haselnussgrosses Papillom der Uvula einen chronischen Reizzustand des Rachens und des Kehlkopfes hervorgerufen hatte. Nach Abtragung des Papilloms schwand die Heiserkeit spontan. Da mehreren Untersuchern die Anomalie der Uvula entgangen war, weist H. darauf hin, dass man „bei der Rachenbesichtigung die Zunge immer mit dem auf die Zungenwurzel gelegten Spatel herabdrücken müsse.“ HECHT.

94) **Guinard** (Paris). **Grosses Angiom der Wange und der Lippe erfolgreich behandelt mit Ligatur beider Carotis interna und externa und mit tiefer Ignipunctur. (Volumineux angiome de la joue et de la lèvre traité avec succès par la ligature des deux carotides interne et externe et par l'ignipuncture profonde.)** *Société de Chirurgie. Bulletin vom 9. Juli 1908.*

Titel enthält den Inhalt. GONTIER de la ROCHE.

95) **A. Onodi** (Budapest). **Angioma uvulae.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Das Angiom war haselnussgross. v. NAVRATIL-POLYAK.

96) **Dominici, Faure-Beaulieu** (Paris). **Rückgang eines Sarkoms des Zahnfleisches unter dem Einfluss der Ultra-Bestrahlung mit Radium. (Regression d'un sarcome de la gencive sous l'influence du rayonnement ultra-pénétrant du radium.)** *Presse médicale. 30. Januar 1909.*

Die Radiumbestrahlung (es handelte sich um filtrirte sogenannte Dominici'sche ultrapenetrirende Strahlen) wirkt auf manche Tumoren nicht nur durch eine Auflösung ihrer Bestandtheile, sondern auch dadurch, dass die Zellentwicklung verhindert wird. Die detaillirte von den Verff. gegebene Beobachtung (klinische und anatomisch-pathologische Bilder) ist frappant. Man kann klinisch und histologisch die Umwandlung des Sarkoms in ein Fibrom verfolgen, das sich seinerseits dann zurückbildet.

GONTIER de la ROCHE.

97) **Jacques** (Nancy). **Die vereinfachte Exstirpation der Epitheliome des Isthmus pharyngis. (L'exstirpation simplifiée de l'épithélioma de l'isthme pharyngien.)** *La Revue médicale. 22. Mai 1909.*

Verf. hält die Entfernung eines Carcinoms des Gaumensegels und des Phayex zwar für etwas schwieriger, aber nicht gefährlicher als die Abtragung einer einfachen Tonsille. Er berichtet über vier Fälle, die von anderen als inoperabel bezeichnet wurden und in denen er brillante Resultate erzielt hat.

GONTIER de la ROCHE.

98) **James F. Mc. Caw. Ein weiterer Bericht über einen Fall von Epitheliom der Uvula, vor 5 Jahren operirt, ohne Recidiv. (A second report on a case of epithelioma of the uvula operated five years ago without recurrence.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1907.*

Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

99) **F. T. Paul** (Liverpool). **Drei Jahre lange Erfahrungen mit Butlin's Operation bei Carcinom der Mundhöhle. (Three years experience of Butlin's operation for cancer of the mouth.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1909.*

Die Drüsentumoren am äusseren Hals werden 14 Tage nach der Operation gründlich entfernt. Ist die primäre Erkrankung in der Mittellinie, so sollen die Drüsen auf beiden Seiten entfernt werden.

A. LOGAN TURNER.

100) **v. Rydygier jun.** (Lemberg). **Eine neue Methode zur Freilegung der Tumoren im Rachen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Schnitt vom Proc. mastoideus bis zum Sternum, Freipräpariren der grossen Gefässe von unten nach oben. Keine Tracheotomie nöthig und keine Durchsägung von Knochen.

HANSZEL.

d. Diphtherie und Croup.

101) **Thune Jacobson** (Dänemark). **Ueber eine Diphtherieepidemie in dem Krankenhause für Geisteskranke in Middelfart. (Om en Difteriepidemi paa Middelfart Sindssygeanstalt.)** *Hospitalstidende. No. 9. 1909.*

Bei 818 Personen wurden präventive Einspritzungen von Antidiphtherieserum



versucht. 18 bekamen später Diphtherie. J. s
ventive Serumeinspritzungen auf die Ausb
lähmend wirkt und den Verlauf der Krankhei
wirksamen Bekämpfung der Diphtherieepide
nen Individuen bis zur Bacillenfreiheit.

102) **Schönholzer** (Zürich). **Diphtherie u**
Diphtheriestation der chirurgischen Kli
Schweizer Aerzte. No. 8. 1909.

Eine sehr objective Besprechung von
züglich des Werthes der Serumbehandlung.
ergiebt sich, dass die Sterblichkeit bei Ope
der Serumbehandlung ca. auf ein Drittel d

Verf. hebt aber hervor, dass die Zah
sind, dass durch die bacteriologische Unter
therie rubricirt wurden, welche früher d. h.
worden wären.

Er hebt auch hervor, dass die Serumb
nicht ausser Curs gebracht habe. Die Intu
im Vergleich zur Tracheotomie. Oft musste
bation ausgeführt werden.

103) **Brüstlein** (Bern). **Ueber die Beziehu**
thode bestimmten Antitoxingehaltes des
Arbeit aus dem Institut zur Erforschu
Heft 8. Janur 1909.

Da Bacteriengifte alter Bouillon-Dip
änderlich sind, so hatte die Controle der
werthige Sera in den Handel kamen.
als Träger der Maasseinheit und setzte da
nach seiner Methode constant erhalten wird
dosirte hochwerthige Sera zu liefern. Sorg
den nach Ehrlich verschieden dosirten Ser
wirkung hochwerthiger Sera. An dieser
sollte daher festgehalten werden. Die ents
ginal studirt werden.

104) **C. T. Mc. Clintock** und **Walter E. K**
toxinen. (The oral administration of a
diseases. 18. Februar 1909.

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Toxine und Antitoxine werden, per
dauungsprocesse unwirksam gemacht. Ihr
Werth ist unsicher.

2. Wird die Digestion aufgehalten, so
ändert und anscheinend in genügender Meng

dass die Methode für therapeutische und immunisirende Zwecke verwendet werden kann.

3. Bei der oralen Antitoxinanwendung bei Kindern hat sich folgendes Verfahren bewährt: Eine halbe Stunde vorher wird dem Kinde ein Glas einer 1 %igen Natr. bicarbonicum-Lösung gegeben. Wenn das Serum gereicht wird, so werden dazu ein paar Tropfen Extr. opii fluidum hinzugesetzt und 4—10 Tropfen einer gesättigten Lösung von Salol in Chloroform. Wenn möglich, soll mindestens vier Stunden vor Darreichung des Serums dem Kinde Nahrung gegeben werden.

Verf. rühmt die Ungefährlichkeit und Leichtigkeit in der Anwendung bei dieser Methode.

EMIL MAYER.

105) **L. Jacob** (Strassburg). **Ein Fall von croupöser Laryngo-Tracheitis ohne Löffler'sche Bacillen.** *Mit 1 Curve. Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1909.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles und epikritische Erörterungen.

HECHT.

106) **A. Vajna** (Budapest). **Beiträge zur Intubation bei Croup der Säuglinge.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 15. 1909. Beilage.*

Publication der Statistik des Brody-Kinderhospitals. Es wurde 56,7 pCt. Heilung erzielt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

107) **Aufrans** (Barcelona). **Diphtherie des Kehlkopfs; Extraction der Tube nach dem Marfan'schen Verfahren. (Difteria de la laringe; extraccion del tubo por el procediamento de Marfan.)** *La Medicina de los ninos. April 1908.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.

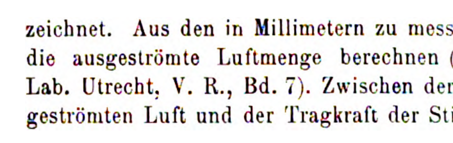
e. Kehlkopf und Luftröhre.

108) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Ueber die den Resonanten zukommende Nasalirung.** *Onderzoekingen Physiol. Lab. Utrecht. 5. Reihe. IX.*

Die Nasalirung ist in dieser Arbeit rein articulatorisch aufgefasst, fällt mit der nasalen Resonanz nicht zusammen, und bedeutet nur das Entweichen der Ausathmungsluft durch die Nase. Die Gaumensegelbewegung lässt sich nach drei experimentellen Methoden verfolgen:

1. Methode Weeks-Eykman (Sonde durch die Nase).
2. Methode Rosapelli-Rousselot (Lufttransport).
3. Chromophotographisch.

Die erste Methode belehrt uns über die Kraft und Ausgiebigkeit der Muskelbewegung; die zweite über die Druckschwankungen; die dritte über die Menge der ausströmenden Luft. Bei der dritten Methode des Verf.'s sind Hülfsmittel: 1. ein Aerodromometer (Archiv f. Physiol. 1902, Suppl. S. 399); 2. ein photographisches Chassis, in welchem eine empfindliche Platte an einem feinen Spalt vorbeigeführt wird. Das Aerodromometer befindet sich unmittelbar vor der Spalte; ein scharfer Schatten der Windfahne wird auf die Platte geworfen. Die eine Nasenöffnung der Versuchsperson wird vom Ansatz des Aerodromometers vollständig ausgefüllt. Während des Aussprechens eines Wortes wird auf der Platte eine Curve aufge-



zeichnet. Aus den in Millimetern zu mess
die ausgeströmte Luftmenge berechnen (
Lab. Utrecht, V. R., Bd. 7). Zwischen der
geströmten Luft und der Tragkraft der St

109) **Rapport des Comité für den 190**
Sprachunterricht. (Verslag der Comm
Haarlem gehonden cursus in spre
16. December 1908.

Die 1907 und 1908 abgehaltenen Sp
dem Wege zum systematischen Sprachun
stalten für Lehrer. Theilnehmer an den Cu
an diesen Anstalten. Die Curse wurden
halten, unter Führung eines Comités, da
Taubstummenanstaltsdirector und zwei La
Das Comité betrachtete die Resultate d
zufriedenstellende. Vor Allem wurde die
eigenen Sprachfehler hingelenkt und die
wurde ihr Begriff der Sprechmechanik bed
von einem Hals- uud Spracharzt (Muld
Physiologie des Sprech- und Athemappara
vorgeführt wurden.

Die Conclusion des Rapportes geht
dungsanstalten für Lehrer und Lehrerinne
torisches Lehrfach aufgenommen werden s
stalten einen Curs zur Ausbildung der fü
eingerichtet werden.

110) **J. Plesch** (Berlin). **Beitrag zur Beh**
Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ih

Da bei plötzlicher forcirter Exspirati
empfiehlt P. bei hysterischer Aphonie folge
den Patienten, umarmt den Brustkorb u
jeder Silbe, die der Patient ausspricht. S
durch Anspannung der Thoraxmuskulatur

Bei einem grossen Theile der hysteri
nach vorn geneigt; die Muskulatur zwisch
bein und Kehlkopf ist stark contrahirt.
heben, empfiehlt P. folgenden Handgriff:
gegenüber und faltet seine Hände über de
Kinn gelegt werden; durch Druck der D
Patienten nach hinten geschlagen und so f
zeitig kann die von Oliver angegebene
und damit die Näherung der Stimmbände
rückschlagen des Kopfes gelingt die Phon

111) **Seifert** (Würzburg). **Beiträge zur Behandlung der hysterischen Aphonie.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 759. 1909.*

S. empfiehlt bei hysterischer Aphonie die Stimmübungen so vorzunehmen, dass Patient den Kopf möglichst stark nach rückwärts neigt. Bei weit über die Stuhllehne nach hinten geneigtem Kopf ist es auch normalerweise schwierig die Flüsterstimme beizubehalten.

OPPIKOFER.

112) **E. Tóvölgyi** (Budapest). **Stimmstörungen nach Alkohol- und Tabakgenuss.** *Orvosi lapja. No. 16. 1909.*

Verf. bespricht die Getränke und Tabaksorten, welche der Singstimme schädlich sind.

v. NAVRATIL-POLYAK.

113) **E. Tóvölgyi** (Budapest). **Durch Acustik, Orchester und Tanz verursachte Stimmstörungen.** *Orvosi lapja. No. 17. 1909.*

Die im Titel aufgeführten Verhältnisse können zur Ueberanstrengung der Gesangstimme führen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

114) **Federico Brunetti jr.** **Anatomische und anatomisch-pathologische Untersuchungen über die Nervenendigungen in den inneren Kehlkopfmuskeln des Menschen. (Ricerche anatomiche ed anatomo-patologiche sulle terminazioni nervose nei muscoli intrinseci della laringe umana.)** *Arch. Ital. di Laringologia. II. 1909.*

Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Nervenendigungen in den Muskeln des menschlichen Kehlkopfes zeigen im normalen Zustand keinen Unterschied gegenüber den Endigungen in anderen Muskeln; die am häufigsten vorkommende Form ist die Endplatte.

2. Bei chronischer Laryngitis, sowohl der gewöhnlichen, wie specifischen, zeigen sich die Endapparate selbst in ihren constituirenden Elementen verändert. Es finden sich für die specifischen Formen keine pathognomonische Läsionen.

3. Die Intensität der Veränderungen ist direct proportional dem Grade der Intensität der chronischen Entzündung.

4. Die Veränderungen sind degenerativer Natur und bestehen in dem allmählichen Verschwinden des functionirenden nervösen Elementes (terminale Ausdehnung des Axencylinders).

5. Die Existenz dieser Veränderungen in den motorischen nervösen Organen erklärt vielleicht den klinischen Befund der „katarrhalischen Lähmung“ und die bei Laryngitis chronica sich findenden Stimmveränderungen.

FINDER.

115) **A. Martin** (Barcelona). **Ueber die Stimmbandlähmung und ihre Behandlung. (Sobre la parlisis nerviosa de las cuerdas vocales y su tratamiento.)** *Revista barcelonesa de enfermedades de garganta nariz y oido. No. 13. 1908.*

Bericht über einige Fälle von Aphonie, bei denen die Suggestion ausgezeichnete Resultate ergab; selbst die Fälle von katarrhalischer Stimmbandparese sind nach Ansicht des Verf.'s dieser Behandlung zugänglich.

TAPIA.



116) **Glas** (Wien). **Die Sensibilität des**
(La sensibilità del vestibolo laringe
Ital. di Laringologia. III. 1908.

Verf. hat an einem Material von 95
seitige Posticusparesen, 15 Posticuslähmu
32 Recurrenslähmungen, 3 doppelseitige
angestellt und kommt zu einem Resultat
vollkommen abweicht und sich in Uebere
von Kuttner-Meyer. Er warnt davor,
setzung der Sensibilität zu verwechseln.
setzung der Reflexe im Vestibulum, o
irgendwie verändert ist. Ebenso findet m
krisen, Steigerung der Reflexerregbarkeit
seinem Material von 95 Fällen gefunden h
bulum bestand; in beiden aber handelt
currens auch um eine solche des N. l
thyreoideus.) Verf. meint, dass überhau
das Massei'sche Gesetz Anwendung find
ist und dass dies die Ursache der herab
recurrens jedoch keine sensiblen Fasern f

117) **Tommaso Mancioli. Ueber zwei**
Bradycardie und Anästhesie des Laryn
del ricorrente: bradicardia e anestesia
gologia. I. 1909.

Verf. erzielte bei seinen Experimente
durch Zerren und Abreissen des Recurren
schneidung.

Bei 7 Hunden, bei denen durch Kit
die gewöhnlichen Reflexe hervorgerufen w
wenn man dasselbe Manöver einige Tage
Compression) des Recurrens wiederholte.

Unter 24 klinischen Beobachtungen
sibilität, 14mal Anästhesie im Larynxeing

Verf. schliesst daraus, dass bei
Larynxeingangs mehr oder weniger herab

118) **A. Onodi** (Budapest). **Anästhesie**
der unteren Kehlkopfnerven. *Orvosi*

Verf. sah einmal nach Verletzung
Kehlkopfeinganges, dagegen ist er nicht i
tungen zu bestätigen.

119) **Salvatore Terrotta. Reine Mitrals**
mung. (Stenosi mitralica pura con
sinistro.) *Arch. Ital. di Laringologia.*

Ausführliche Mittheilung eines ein

Daran schliesst Verf. eine Besprechung der zur Erklärung des Phänomens aufgestellten Theorien, besonders der Ortner-Kraus'schen. Beide Theorien erklären das Zustandekommen der Recurrenslähmung bei Mitralstenosen, jedoch in verschiedenen Stadien der Herzkrankheit: nämlich die von Kraus im Stadium der Compensation, die von Ortner im Stadium der Compensationsstörung.

FINDER.

120) **William Osler. Lähmung des linken N. laryngeus inferior bei Mitralklappenerkrankung. (Paralysis of the left recurrent laryngeal nerve in mitral valve disease.)** *The Montral Medical Journal. Februar 1909.*

Verf. giebt eine nichts Neues enthaltende Darstellung der Recurrenslähmungen bei Mitralstenosen und die landläufigen Erklärungen dafür.

EMIL MAYER.

121) **Mosny** und **Stern. Recurrenslähmung infolge Bleivergiftung. (Paralysie recurrentielle d'erigine saturnine.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 9. Februar 1909.*

Es handelt sich um einen Anstreicher, der nach 25jähriger Thätigkeit eine linksseitige Recurrenslähmung bekam, gleichzeitig mit doppelseitiger Radialislähmung. Es besteht weder Hysterie noch Syphilis; die radioskopische Untersuchung ergiebt am Thorax vollkommen normale Verhältnisse. E. CARTAZ.

122) **Palasse** (Lyon). **Kehlkopflähmung bei Typhus. (Paralysie laryngée dans la fièvre typhoide.)** *Société médicale des hôpitaux. 30. März 1909.*

Es handelt es sich um ein 20jähriges Mädchen, das im Laufe eines Typhus in Folge plötzlicher Dyspnoe bedingt durch Posticuslähmung starb, trotzdem schleunigst die Tracheotomie gemacht wurde.

Verf. fand bei der Autopsie Neuritis des Recurrens (segmentäre periaxilläre Neuritis nach Gombanet); er bezeichnet diese Läsion als selten.

GONTIER de la ROCHE.

123) **E. Baumgarten** (Budapest). **Kehlkopflähmung bei beginnender Tabes.** *Orvosi Hetilap. No. 15. 1909.*

Der 53 Jahre alte Mann suchte wegen Erstickungsanfälle Hilfe. Die Stimmlippen waren nahe zur Medianlinie fixirt und machten nur selten und sehr geringe Bewegungen nach auswärts. Die Stimme war ziemlich klar. Verf. nimmt eine doppelseitige Posticuslähmung an. v NAVRATIL-POLYAK.

124) **W. G. Porter** (Edinburgh). **Nystagmus des rechten Stimmbandes und des weichen Gaumens bei einem Falle von cerebraler Erkrankung.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 745. 1909.*

Bei einem 65jährigem Krämer, bei dem die Diagnose auf „beiderseitige cerebrale Erkrankung" gestellt wurde, machte das rechte Stimmband und der Aryknorpel rhythmische ruckweise Bewegungen 150—160 in der Minute. Stimme klar. Keine Anästhesie im Larynx. Gleichzeitig bestanden rhythmische unwillkürliche Bewegungen des Gaumens derart, dass die rechte Seite des Gaumens und der vordere Pfeiler ruckweise nach rechts bewegt wurden, 38 Bewegungen in der 1/4 Minute.

Continuirliche rhythmische unwillkürliche Bewegungen beider Stimmbänder kommen, wie P. an Hand der Literatur zeigt, hin und wieder zur Beobachtung, viel seltener ist das Beschränktbleiben solcher Bewegungen auf nur eine Seite des Larynx. P. kennt neben seiner Beobachtung von einseitigem Stimmbandnystagmus nur einen analogen Fall, durch Scheinmann beschrieben.

Der Stimmbandnystagmus ist als Symptom einer organischen Erkrankung des Centralnervensystems aufzufassen. Ueber den Sitz der Läsion giebt uns aber der Stimmbandnystagmus, wie die in der Literatur niedergelegten Fälle zeigen, keine sichere Auskunft.

OPPIKOFER.

125) **E. Baumgarten** (Budapest). **Fremdkörper in dem Sinus piriformis, spontaner Abgang.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 14. 1909. Beilage Gégészet. No. 1.*

Der 10 mm lange, 5 mm breite und dicke Knochen hat Oedem der betreffenden Seite und Eiterung verursacht.

V. NAVRATIL-POLYAK.

126) **Ch. Jackson** (Pittsburg, Pennsylvania, N. S. A.). **Tracheo-Bronchoskopie zur Entfernung von Fremdkörpern.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 451. 1908.*

Verf. giebt Bericht über seine zwei letzten Fälle:

1. Nadel mit Glaskopf im rechten Luftröhrenast. Durch obere Bronchoskopie entfernt.

2. Kravattennadel im linken Luftröhrenast. Entfernt durch obere Bronchoskopie.

V. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

127) **Schneider. Ueber Bronchoskopie. (O bronchoskopii.)** *Jeshemesjatschnik. p. 30. 1909.*

Sch. übt die Bronchoskopie erst seit 14 Monaten und hat bereits im Laufe dieser Zeit 18 Fremdkörper entfernt, welche er auf dem ersten allrussischen Oto-Laryngologen-Congresse demonstrirte. Alle wurden sie in der ersten Sitzung entfernt, unter anderem eine Stecknadel. 12 von den Fremdkörpern gehören Mohnsamen an, welche in Russland vom einfachen Volk sehr viel gekaut werden. — In einem Falle musste wegen Athemstillstand während der oberen Bronchoskopie schnell die Trachea aufgeschnitten, die untere Bronchoskopie gemacht und der Fremdkörper, der aus dem Bronchus in die Trachea gerathen war, entfernt werden.

Von allen seinen Fällen starben 3, d. h. 16 pCt.

P. HELLAT.

128) **Fritz Kajser** (Schweden). **Einiges über Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Nagra ord om bronchoskopii og ösophaskopii.)** *Upsala Läkareförenings Förhandlingar. 1908.*

Nichts Neues.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

129) **Sidney Yankauer. Demonstration eines aus dem Bronchus entfernten Fremdkörpers. (Exhibition of foreign body removed from the Bronchus.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Der Fall ist insofern bemerkenswerth, als 48 Stunden nach Entfernung des Fremdkörpers die Temperatur anstieg und über dem rechten Mittellappen sich die

Symptome einer Pneumonie zeigten. Diese Anzeichen bestanden zwei Wochen lang; es wurde dann eine Aspirationsspritze in den Verdichtungsherd eingestochen und Eiter gefunden. Es wurde die Pneumotomie gemacht, man stiess auf den Eiterherd in der Lunge, der evacuirt wurde; die Höhle wurde drainirt. Der Fall verlief tödtlich.

EMIL MAYER.

130) **Chevalier Jackson. Das Bronchoskop als ein Hülfsmittel bei allgemeiner Diagnose. (The Bronchoscope as an aid in general diagnosis.)** *Archivs of Diagnosis. April 1908.*

Fälle von acuter und chronischer circumscripter Tracheo-Bronchitis, von tracheo-bronchialen Ulcerationen, von Tuberculose, Stenose der Trachea sind mittels der directen Untersuchung diagnosticirt worden.

EMIL MAYER.

131) **Botey** (Barcelona). **Neue Hakenpincette zur Extraction von Fremdkörpern aus Oesophagus, Trachea und Bronchien. (Nuova pinza-gauche para la extraccion da cuerpos-extranos esofagicos y traqueo-bronquiales.)** *Archivos de oto-rino-laringologia. Mai 1908.*

Darstellung und Beschreibung des Instruments.

TAPIA.

132) **Richard H. Johnston. Fremdkörper aus dem rechten Bronchus durch untere Tracheoskopie entfernt. (Foreign body removed from right bronchus by low tracheoscopy.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Mai 1908.*

Es handelt sich um einen wegen Larynxstenose — welchen Ursprungs, wird nicht gesagt — tracheotomirten Patienten, dem die Hartgummicanüle in die Trachea gefallen war. Die Entfernung geschah in Chloroformnarkose mittels des Jackson'schen Bronchoskops. Man fand den Fremdkörper zum Theil in der Bifurcation, zum Theil im rechten Bronchus sitzend. Die Entfernung gelang leicht.

EMIL MAYER.

133) **H. A. Moffat. Ein Fall von Fremdkörper im linken Bronchus. (A case of foreign body in the left bronchus.)** *Lancet. 5. September 1908.*

Ein Mann schlief mit einem Stück Kaugummi im Munde ein; er erwachte mit Husten und Dyspnoe. Er wurde tracheotomirt und mittels des Kelly'schen Cystoskops wurde der Fremdkörper im linken Bronchus entdeckt. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

134) **J. H. Bryan. Bericht über einen Fall von Entfernung eines Getreidekorns aus der Trachea eines 6 Jahre alten Kindes. (Report of a case of removal of a grain of corn from the trachea of a child six years old.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Conf. Verhandlungsbericht der XIII. Jahresversammlung der American Laryngological Association 1908.

EMIL MAYER.

135) **C. T. Jacobsen** (Dänemark). **Bronchoskopische Entfernung von einem Fremdkörper aus dem linken Bronchus. (Bronkoskopisk Tjaernelse aj et fremmed Legeme i venstre Bronkus.)** *Hospitalstidende. No. 8. 1909.*

Durch Bronchoscopia inferior wurde bei einem 5jährigen Kinde die Schale eines Pflaumensteines aus dem linken Bronchus entfernt. Heilung.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

136) **H. Burger** (Amsterdam). **Ein tödtlich verlaufener bronchoskopischer Fremdkörperfall.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 785. 1909.*

Die in der Trachea liegende abgebrochene Trachealkanüle wird bei dem 26-jährigen Patienten blindlings gesucht und nach stundenlangem erfolglosem Bemühen in den linken Unterlappenbronchus gestossen.

Erst jetzt kommt Patient bei gutem Allgemeinbefinden in die Behandlung von B., der den Fremdkörper ohne Anstrengung nach der Killian'schen Methode entfernt. Trotzdem stirbt Patient 4 Tage später. Bei der Section finden sich neben Tracheitis und Bronchitis einige kleine pneumonische Herde in den Unterlappen.

Wären die blinden langwährenden Extractionsversuche unterlassen worden, so würde jedenfalls der Fremdkörper nicht zu einer Entzündung der unteren Luftwege geführt haben.

OPPIKOFER.

137) **Haret** und **Jaugeas. Tumor der Trachea durch die Radiotherapie geheilt. (Tumeur de la trachée guérie par la radiothérapie.)** *Société de Radiologie. 11. Mai 1909.*

Die Diagnose war durch Dr. Guisez mittels der Bronchoskopie gestellt. Innerhalb zwei Monaten, während welcher Zeit wöchentlich eine Sitzung stattfand, bei der die Thoraxwand von vorn und hinten bestrahlt wurde, verschwanden die functionellen Symptome völlig und eine erneute Untersuchung ergab das Vorhandensein einer weissen Narbenfläche. Die Heilung hält seit 10 Monaten an.

GONTIER DE LA ROCHE.

138) **V. Uchermann** (Christiania). **Fremdkörper in der Lunge. Bronchoscopia inferior. Entfernung des Fremdkörpers; Heilung. (Freinmedlegeme i lungen. Bronchoscopia inferior. Fjaernelse af fremmedlegemet; helbredelse.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 3. 1909.*

Theilt einen Fall mit von Entfernung einer gebrannten Kaffeebohne aus dem Boden des linken Bronchus durch einen dazu besonders construirten Apparat.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

139) **Otto Kahler** (Wien). **Zur Bronchoskopie bei Fremdkörpern. Casuistischer Beitrag.** *Mit 4 Abb. auf 1 Tafel. Monatsschr. f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 2. 1909.*

Besprechung von Technik und Instrumentarium und Bericht über 3 einschlägige Fälle nebst eingehender Epikrise.

Fall 1. Entfernung eines Knochens von $12^1/_2$ mm Längs- und 9 mm Quer-

durchmesser bei einem $6^1/_2$ monatigen Kinde in Narkose mittels oberer Bronchoskopie aus dem linken Bronchus, glatter Heilungsverlauf.

Fall 2. Aspiration eines Zwetschenkernes bei einem 6jährigen Mädchen. Der in der Trachea sichtbare Fremdkörper gleitet während der Cocainisirung in den linken Bronchus, wird unter Localanaesthesie zugleich mit dem Rohr extrahirt, findet sich jedoch nicht in der Pincette. Luftwege darnach bronchoskopisch und auscultatorisch frei. Exitus an Pneumonie. Der Fremdkörper wurde weder im Stuhl noch bei der Autopsie gefunden.

Fall 3. Entfernung einer im rechten Hauptbronchus quereingekeilten Haselnussschale unter localer Anaesthesie bei einem 17jährigen Manne. Glatte Heilung. Röntgenuntersuchung negativ, doch deutliches Zurückbleiben der rechten Zwerchfellkuppe bei der Respiration und inspiratorische Anziehung des Mediastinums nach rechts (bronchostenotisches Symptom nach Jacobsohn und Holzknecht) sichtbar.

HECHT.

140) E. W. Sikemeier (Arnhem). **Ein Fall von Fremdkörper in den Luftwegen. (En geval van vreemd lichaam in de luchtwegen.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde. I. p. 664. 1909.*

Achtjähriger Knabe, der eine Eichel verschluckt haben soll. Laryngoskopisch nihil. Mit ziemlich langen, absolut symptomlosen Intervallen zeigten sich Anfälle von eigenthümlichem kurzen Husten, ohne Stridor oder Dyspnoe. Am Thorax nichts Abweichendes. Nach einigen Tagen leichte Temperaturerhöhung, es wurde an beginnende Pneumonie gedacht. Am nächsten Tag wird Verschluss des rechten Hauptbronchus festgestellt. Es wird die Hülfe eines Halsarztes angerufen, der die Bronchoscopia superior unter localer Anaesthesie zu machen sich vornimmt. Die Athmung der rechten Lunge ist gänzlich aufgehoben. Der Hals wird mit 10procentiger Cocainlösung gepinselt. Nach 10 Minuten wird versucht, das Bronchoskop durch den Mund einzuführen. Das Kind muss dabei von vielen Schwestern fixirt und der Mund mittelst der Mundklemme eröffnet werden. Das Kind ist in grösster Aufregung. Es gelingt nur mit grösster Mühe, das Instrument in den Mund einzuführen. Noch ehe dasselbe den Kehlkopfeingang erreicht hat, sinkt der kleine Patient plötzlich fast comatös hin. Unmittelbar Tracheotomie. Die Glieder sind erschlafft, der Cornealreflex erloschen, die Pupillen eng, die Athmung langsam. Nach der Tracheotomie ist der Zustand der Lungen gänzlich verändert. Beide Brusthälften bewegen sich gleich stark und geben gleichen Percussionston, bei der Auscultation links normales Vesicularathmen, rechts die ersten Augenblicke feine crepitirende Rhonchi über der ganzen Lunge, dann auch normales Athmungsgeräusch. Allein der Allgemeinzustand wird schlechter; der Puls bessert sich auf Kampfereinspritzungen nicht, Pinselungen der Luftwege ergeben kaum einen Hustenreflex. Eine halbe Stunde nach dem ersten Auftreten der ernsten Symptome Exitus. Theilweise Autopsie. Beim Aufschneiden des Trachealbaumes hüpft plötzlich eine kleine Eichel hervor, ohne dass man hätte feststellen können, aus welchem Bronchus sie gekommen.

S. bespricht die möglichen Erklärungen des plötzlichen Todes. Er hält Cocainvergiftung für wahrscheinlicher als Reflextod.

H. BURGER.

141) **H. Burger** (Amsterdam). **Entfernung von Fremdkörpern mit Hülfe der Bronchoskopie. (Verwijdering van vreemde lichaamen met behulp der bronchoskopie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 9. p. 671. 1909.*

Erster Fall. Ein Mann von 34 Jahren aspirirte eine Silbermünze, mit welcher er in der Wangentasche stets herumging. Mittelstarker Husten- und Erstickungsanfall, weiter wenig Beschwerden. Röntgenschirmbild und Photogramm negativ. Obere Bronchoskopie ohne Narkose mit dem Brüning'schen Instrnment. Die Münze wird aus dem unteren Theil des rechten Stammbronchus herausgeholt, rutscht aber zweimal an der Glottis hinab. Beim dritten Versuche wird sie in der Trachea sagittal gestellt und herausgeholt. Keine üble Folgen. Heilung.

Zweiter Fall. Ein Mann von 26 Jahren trägt seit $1^1/_2$ Jahren eine Trachealkanüle, dieselbe bricht ab; ein Aussenrohr fällt in die Luftröhre hinunter. Es werden von zwei Aerzten mehrere Stunden lang von der Trachealöffnung aus Extractionsversuche vorgenommen, während welcher der Fremdkörper immer tiefer geräth. Der Patient kommt abends spät in die Klinik. Mittels Bronchoscopia inferior wird der Fremdkörper im linken Unterlappenbronchus leicht aufgefunden und ohne Schwierigkeit oder Blutung sofort extrahirt. Nach zwei Tagen entwickelt sich eine diffuse Bronchitis, nach weiteren zwei Tagen eine beginnende Pneumonie, der Patient am fünften Tag unter den Zeichen zunehmenden Lufthungers erliegt. Die Section weist eine ausgedehnte hämorrhagische Tracheo-bronchitis der beiden Seiten und eine Bronchopneumonie in den Unterlappen beider Lungen nach.

B. weist darauf hin, wie dieser Fall die Ueberlegenheit der Bronchoskopie über die alten blinden Methoden in eclatanter Weise illustrirt. Der Bronchoskopie kann ein Antheil an dem tödtlichen Ausgang nicht zugeschrieben werden. B. kommt zu dem Schluss, dass ein blindes Vorgehen mit Pincetten und Zangen in die unteren Luftwege nicht länger statthaft sei, seitdem wir das Mittel besitzen, diese Theile bei heller Beleuchtung local zu behandeln.

H. BURGER.

142) **Guisez. Drei neue Fälle von Fremdkörpern der Bronchien mittels der oberen Bronchoskopie entfernt. Heilung. (Trois nouveaux cas de corps étrangers bronchiques extraits par la bronchoscopie supérieure; guérison.)** *Société méd. des hôpitaux. 12. März 1909.*

Der Titel besagt den Inhalt.

A. CARTAZ.

143) **Moszkowitz** (Wien). **Versteifung der Trachea.** (K. k. Gesellsch. d. Aerzte, 15. Januar 1909.) *Wiener med. Wochenschr. No. 4. 1909.*

Infolge operativer Beseitigung der Wand an einer stenosirten Stelle war dieselbe nur von Weichtheilen gebildet und gerieth bei jedem Athemzug in Schwingungen. Die weiche Stelle wurde durch einen aus dem Sternum entnommenen Haut-Periost-Knochenlappen gedeckt.

CHIARI-HANSZEL.

144) **E. Bircher** (Aarau). **Primäres Carcinom einer intratrachealen Struma.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 443. 1908.*

Verf. beschreibt diesen seiner Ansicht nach vielleicht einzig dastehenden Fall in der Literatur. Ob es sich um eine Struma, ausgehend von vorgelagertem Schilddrüsengewebe, oder um ein Hereinwachsen der Schilddrüse in die Trachea

handelt, konnte nicht entschieden werden. — Makroskopisch konnte nirgends eine Hineinwuchern oder abnorme feste Fixation der äusseren Schilddrüse constatirt werden. Mikroskopisch handelt es sich um eine Struma cystica colloides mit carcinomatöser Wucherung der Epithelien. Einige Tage nach der zur Cauterisation vorgenommenen Laryngofissur stirbt Patient an Entkräftung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

145) **P. Breton. Die physikalischen Symptome der tracheo-bronchialen Drüsenanschwellung beim Kind. (Signes physiques de l'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant.)** *Dissert. Paris 1906.*

Unter den frühzeitigen Symptomen der tracheo-bronchialen Drüsenanschwellung ist das Zeichen von Smith (Venengeräusch über dem Manubrium sterni bei stark nach rückwärts geneigtem Kopf) eines der constantesten. Die Radioskopie liefert im Allgemeinen unsichere Resultate.

OPPIKOFER.

146) **F. Taubé. Ozaena der Bronchien. (Ozène des bronches.)** *Thèse de Paris. 1906.*

Unter den fötiden Bronchitiden giebt es eine specielle Form, die durch ihre lange Dauer, durch die Abwesenheit von Fieber, durch den guten Allgemeinzustand mehr den Charakter einer Infirmität als einer eigentlichen Krankheit trägt. Verfasser glaubt, dass sich diese Art der Bronchitis am besten mit dem ozänösen Process in der Nase vergleichen lässt und nennt deshalb die Erkrankung nach dem Vorschlage seines Lehrers Béclère: ozène des bronches. T. giebt 6 Krankengeschichten, doch erscheinen sie nicht so überzeugend, um für diese Fälle von Bronchitis einen besonderen Krankheitsbegriff aufstellen zu dürfen. In 2 Fällen bestanden Nasenpolypen; in den übrigen Krankengeschichten fehlt der Nasenstatus, so dass man annehmen kann, dass wohl das Naseninnere normal war.

Verf. empfiehlt Inhalationen und Einspritzungen antiseptischer Flüssigkeiten.

OPPIKOFER.

f. Schilddrüse.

147) **Lieber** (Wien). **Zur Casuistik der Struma congenita.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 7. 1908.*

Aetiologisch kommt die Vererbung in Betracht, speciell von Seiten der Mutter, sowie mechanische Momente während der Geburt. Meist handelt es sich um folliculare und cystoide Formen. Heisere Stimme, Stenosesymptome. Behandlung der Struma meist nicht nöthig, da sie von selbst zurückgeht. Chirurgische Eingriffe haben sich nicht bewährt.

HANSZEL.

148) **T. Mutschenbacher** (Budapest). **Beiträge zur Pathologie der Strumen, gestützt auf 182 Fälle.** *Orvosi Hetilap. No. 16 u. 17. 1909.*

Unter den Fällen waren 155 parenchymatös, 17 cystisch, 5 bösartig, 1 mit Basedow, 1 mit Recidiv und 3 Mal ist Strumitis beobachtet worden. Substernale Struma ist 4 Mal beobachtet worden. Eine interne Therapie ist nur denjenigen Patienten vorgeschlagen worden, welche die Operation refüsirten. Auf Thyreoidea-Tabletten erfolgte Besserung in 5 Fällen. Unter den 154 operirten Fällen sind

6 Patienten gestorben, darunter ein Fall an Tetania thyreopriva. Das Material stammt aus der chirurgischen Klinik. v. NAVRATIL-POLYAK.

149) **Weber** (Columbien). **Eine seltene Krankheit, die acute primäre, nicht eitrige Thyreoiditis. (Maladie peu connue. La thyreoidite aigue simple.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 3. 1909.*

Mitunter alarmirende Symptome wie bei malignen Tumoren; rasche feste Schwellung, heftige ausstrahlende Schmerzen, rasche Abmagerung, starkes Krankheitsgefühl, Prostration, Somnolenz ohne Schlaf, Respirationshindernisse, Symptome von Thyreoidismus, sehr geringer Temperaturerhöhung, nicht über 37,5. Behandlung mit feuchten Compressen; kein Jod.

Die secundäre Form findet sich besonders bei Rheumatismus articulorum acutus, als Signum thyreoideum und bei Typhus; seltener bei Influenza, Masern, Parotitis und Cholera. JONQUIÈRE.

150) **Sabitt** (Kairo). **Beiträge zum Studium der Schilddrüsenentzündungen. (Contribution à l'étude des thyreoidites.)** *Dissert. Genf 1909.*

Verf. definirt den Begriff Thyreoiditis als Entzündung der gesunden Schilddrüse im Gegensatz zu Strumitis. Er bespricht 13 Fälle aus einer Genfer Klinik, von denen er nur einen selbst beobachtet hat. Einige sind nach Pneumonie aufgetreten. Die Schlüsse sind hauptsächlich folgende: Die zu Pneumonie hinzutretenden Thyreoiditiden sind relativ selten und gutartig. Die Pneumokokken-Neuritis ist viel häufiger. Beide kommen nur bei Erwachsenen vor. Thyreoiditis neigt zu Eiterung. Sie und die Strumitis können auch symptomlos verlaufen und werden dann mitunter erst bei der Autopsie entdeckt. Mitunter zeigen sich postpneumonische Basedow-Symptome. Wo der bacteriologische Befund positiv war, fand man in 44,82 pCt. Pneumokokken. Bei secundären Affectionen waren oft Streptokokken zugesellt. Auch nach Grippe fanden sich Schilddrüsenentzündungen mit Pneumokokken. Sie scheinen auf der der Pneumonie entsprechenden Körperseite meist aufzutreten. Die Thyreoiditis sowie die Strumitis werden durch anhaltende feuchte Umschläge oft vor Eintritt der Eiterung geheilt. JONQUIÈRE.

g. Oesophagus.

151) **Lateiner** (Wien). **Angeborene Atresie des Oesophagus mit Trachealcommunication.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 2. 1909.*

Mittheilung eines einschlägigen Falles mit den verschiedenen Hypothesen über die mögliche Entstehungsweise der vorliegenden Anomalie. HANSZEL.

152) **Sternberg** (Brünn). **Atresie des Oesophagus mit doppelter Communication mit der Trachea.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1909.*

Im ärztlichen Verein in Brünn demonstrirt St. die Brustorgane eines $1/2$ Std. nach der Geburt an Asphyxie gestorbenen Kindes, an welchem die oben angeführte Anomalie zu sehen ist. HANSZEL.

153) **Nové-Josserand, Sargnon** (Lyon). **Impermeable Narbenstenose des Oesophagus und Oesophagoskopie. (Rétrecissements cicatriciels infranchissables de l'oesophage et oesophagoscopie.)** *Lyon Médical. 28 März 1909.*

In dem Fall der Verff. traten jedes Mal nach der Oesophagoskopie pleuropulmonale Störungen auf. Verff. schliessen daraus, dass es Oesophagusstenosen giebt, die der Oesophagoskopie unzugänglich sind; in diesen Fällen muss frühzeitig die Gastrotomie gemacht werden, ein Faden ohne Ende angewandt und die progressive retrograde Dilatation gemacht werden.

Mit Fibrolysin haben Verff. kein Resultat erzielt. GONTIER de la ROCHE.

154) **Isaac** (Wiesbaden). **Ein Beitrag zur Casuistik und Symptomatologie der Oesophagusdivertikel.** *Medic. Klinik. 13. 1909.*

Die Lage des Divertikels (56jährige Frau) sowie seine Grösse lassen es ausser Zweifel, dass es sich um ein pharyngo-ösophageales Pulsionsdivertikel handelte. Auffallend waren Störungen von Seiten des Sympathicus, die möglicher Weise durch den Druck des Divertikels auf den Grenzstrang bedingt waren.

SEIFERT.

155) **Botey** (Barcelona). **Drei Fälle von schwerem Cardiospasmus. (Tres casos de cardiospasmo grave.)** *Archivos latinos de Oto-rino-laringologia. Mai 1908.*

Drei mittels der Oesophagoskopie diagnosticirte Fälle mit daran sich knüpfenden therapeutischen Betrachtungen. TAPIA.

156) **Herbert Tilley. Eine einzigartige Erfahrung mit directer Oesophagoskopie. (Direct Oesophagoscopy. A unique experience.)** *Lancet. 27. März 1909.*

Ein 4 Tage altes Kind verschluckte die Zitze eines Schnullers. Das Kind konnte nicht mehr trinken, und man fand den Fremdkörper und ein Stück Watte mittelst des Brünings'schen Oesophagoskops im Oesophagus und konnte ihn entfernen. ADOLPH BRONNER.

157) **v. Hacker** (Graz). **Fremdkörper des Oesophagus.** (Verein der Aerzte in Steiermark, 13. December 1907.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 37. 1908.*

v. H. demonstrirt ein Zahnersatzstück, das er auf endoskopischem Wege aus dem Oesophagus entfernte, und erwähnt, dass ihm in 48 Fällen von Fremdkörpern in dem Oesophagus (auf endoskopischem Wege) die Entfernung ohne jeglichen Schaden für die Kranken gelungen sei. HANSZEL.

158) **E. Heurard** (Brüssel). **Einundzwanzig Fälle von Extraction metallischer Fremdkörper aus der Speiseröhre hinter dem Röntgenschirm. (Vingt-et-un cas d'extraction de corps étrangers métalliques de l'oesophage sous l'écran radioscopique.)** *C. R. du IV. Congrès internat. d'électr. et de radiol. méd. Amsterdam 1908.*

Einem verschluckten metallischen Fremdkörper gegenüber soll immer zuerst radioskopirt werden. H. beschreibt 19 Fälle von glatten, platten, metallischen Fremdkörpern, welche er bei lateraler Durchstrahlung hinter dem Röntgenschirm mittelst einer Zange mit gleitenden Branchen extrahirt hat. In 2 weiteren Fällen

tiefer im Oesophagus steckender Fremdkörper wurden dieselben mittelst der Thiemann'schen Zange in gleicher Weise extrahirt.

H. verwirft wohl mit Recht die Graefe'schen, Kirmisson'schen und alle sonstigen blind arbeitenden Instrumente; er empfiehlt seine Methode namentlich für die platten Fremdkörper und beschränkt die Indicationen der Oesophagoskopie auf die für Röntgenstrahlen durchlässigen und auf diejenigen Fremdkörper, welche wie Nadeln, Knochensplitter u. s. w. von der Zange nicht zu fassen sind. Ref. möchte die Extraction hinter dem Röntgenschirm nur in den Fällen indicirt wissen, wo bei einem Kinde ein metallischer, glatter, platter Fremdkörper sich im oberen Speiseröhrentheil befindet, wie er in seinem Buche: „Was leisten die Röntgenstrahlen in der Rhino-Laryngologie," Wiesbaden 1908, ausgeführt hat.

H. BURGER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. December 1907.

Vorsitzender: O. Chiari.

Chiari bespricht eine schwierige Knochenextraction aus dem Oesophagus und stellt die Frage: Indication der endoskopischen Entfernung und der per oesophagotomiam zur Discussion.

Hajek empfiehlt u. a. vor der endoskopischen Entfernung gelegentlich die Vornahme einer Morphiuminjection, Grossmann warnt vor Uebereilung, da Spontanelimination erfolgen kann, Heindl räth in schwierigen Fällen eventuell zur Narkose; ferner sprachen noch Kofler, Réthi, Scheff und Chiari.

Fein spricht über einen Fall von Kiefercyste, die differentialdiagnostisch einige Schwierigkeiten bot gegen eine zweigetheilte Kieferhöhle. Pat. trägt eine Prothese, ist beschwerdefrei und es besteht keine Nothwendigkeit, eine Oeffnung in der Nase anzulegen.

Stern stellt einen Fall von Sigmatismus nasalis vor und bespricht die Therapie, die er einschlagen wird, sowie die Aetiologie und Prognose.

Hütter führt einen Patienten vor, bei welchem wahrscheinlich ein tertiär luetischer Process vorliegt, der zur theilweisen Sequestrirung des Septums geführt hat und durch ein Trauma ausgelöst wurde.

Glas demonstrirt einen Patienten mit einem an der hinteren Fläche der Aryknorpel sitzenden acuten Kehlkopfabscess und bespricht im Anschluss daran einen von ihm beobachteten Epiglottisabscess.

Chiari: 19jähriges Mädchen mit hochgradiger narbiger Stenose beider vorderen Nasenöffnungen, der Nasenrücken tief eingesunken. Plastische Operation nach Dr. Walliczek in Breslau.

Réthi sah die Patientin vor Chiari und liess nach vorheriger Erweiterung entsprechende Hartgummituben tragen, um die narbige Wiederverwachsung hintanzuhalten.

Kofler stellt einen Fall zur Diagnose. Trotz des negativen Ausfalls der Untersuchung auf Bac. fusiformis und Spirochaeta refringens hält Glas diese Affection für eine Angina membranacea.

Kahler berichtet über die drei in der vorigen Sitzung aus der Klinik vorgestellten Fälle, dass bei der von Marschik demonstrirten Stenose des Pharynx- und Larynxeinganges Lues auszuschliessen ist. Lupus wahrscheinlich. In dem Falle von Halsphlegmone konnte kein Actinomyces gefunden werden. Der Patient mit dem Glottisspasmus verliess gegen die Einwilligung von Seiten der Klinik das Spital.

Kahler demonstrirt das anatomische Präparat und histologische Schnitte eines Carcinosarkoms des Recessus piriformis. (Wird publicirt.)

Sitzung vom 8. Januar 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

Fein: Fremdkörper (Cigarrenspitze) 13 Jahre im Gewebe des weichen Gaumens.

Glas: Congenitales Kehlkopfdiaphragma im vorderen Winkel des Stimmbandes.

Discussion: Fein, Hajek, Glas.

Stern stellt den in der vorigen Sitzung demonstrirten Fall von Sigmatismus nasalis als geheilt vor und demonstrirt weitere einschlägige Fälle.

Marschik spricht an der Hand eines Falles über Antritis perforans.

Hajek und Hirsch glauben, dass in diesem Falle das Empyem das Secundäre sei, die Ostitis das Primäre, Weil und Menzel denken an Osteomyelitis, wogegen Marschik und Chiari nach den Zeitpunkten des Auftretens der Symptome an der primären Antritis festhalten.

Heindl: Angeborene Atresie der Choane.

Kofler: Häufig recidivirendes Nasenbluten bei einem Patienten, dessen Haut und Schleimhäute keine Angiome aufweist.

Kahler demonstrirt einen Patienten mit Lues im Oesophaguseingang, sowie drei Fremdkörper, die er mittelst Oesophagoskopie entfernte.

Sitzung vom 5. Februar 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

Chiari: Durchbruch eines Oesophaguscarcinoms in die Trachea.

Fein beobachtet seit 6 Jahren einen Patienten mit recidivirenden tumorartigen Prominenzen unter der vorderen Commissur und unter den Stimmlippen, bei welchem eine schon vor 6 Jahren vorgenommene Probeexcision die Diagnose: Epithelialcarcinom ergab, was durch 4 weitere Excisionen bestätigt blieb. An der Richtigkeit der histologischen Befunde ist bei der Autorität der pathologischen Anatomen kaum zu zweifeln, es kann sich daher nur um einen ungewöhnlich gutartigen Verlauf handeln, denn das klinische Bild ist heute so wie vor 6 Jahren.



In der Discussion sprechen sich Hajek, Réthi und Grossmann auf Grund mehrerer Fälle sehr skeptisch den histologischen Befunden gegenüber aus; Glas empfiehlt, Serienschnitte zu untersuchen.

Menzel demonstrirt einen Fall von einseitigem tonischen Kehlkopfkrampf bei allmählich durch maligne Struma eingetretener Recurrenslähmung derselben Seite.

Ferner: einen 48jährigen Mann mit linksseitiger Recurrenslähmung, sowie Verlagerung der Trachea und des Larynx infolge Verziehung der Aorta und des ganzen Mediastinums durch einen linksseitigen Lungenprocess.

Schliesslich: eine acute Ostitis der lateralen Nasenwand mit secundärem stinkenden Kieferhöhlenempyem und ein beginnendes Rhinosklerom der Nase und des Nasenrachenraumes.

Sitzung vom 4. März 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

Harmer: 20jährige Patientin mit geheilter Choanalatresie. Eine kleine künstliche Oeffnung wurde zunächst mittelst Tamponade etwas erweitert, sodann die Platte abgemeisselt.

Glas demonstrirt einige Fälle zum Kapitel: „Kehlkopfstörungen und Tabes“:

a) einen Fall von rechtsseitiger Posticusparalyse, linksseitiger Posticusparese, ataktischen Bewegungen des linken Stimmbandes (inspiratorischer Ataxie), paradoxen Athembewegungen und laryngealen Krisen;

b) einen Fall von ataktischem Tremor der Stimmbänder, perversen Athembewegungen und Larynxkrisen als Frühsymptom einer Tabes;

c) einen Fall von Stimmbandataxie mit hier und da auftretenden perversen Athembewegungen und Larynxkrisen.

Hinweis auf die Wichtigkeit einer exakten Beobachtung auch feinerer Bewegungs- resp. Coordinationsstörungen der Stimmbänder zwecks frühzeitiger Diagnose.

Hirsch stellt einen Patienten vor mit einem Septumabscess dentalen Ursprungs.

Menzel stellt einen Fall von doppelseitiger Posticuslähmung vor, welche nach zwei innerhalb der letzten fünf Jahre vorgenommenen Strumectomien auftrat. Die Entwickelung dieser Lähmung beweist die Richtigkeit des Semonschen Gesetzes.

Weil: Defekte der vorderen Hälfte des häutigen Septums, angeblich seit Kindheit bestehend, gummöser Ursprung nicht auszuschliessen.

Sitzung vom 1. April 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

Hirsch berichtet über eine neue endonasale Methode der Behandlung des chronischen Kieferhöhlenempyems. Temporäre Resection der unteren

Muschel, breite Oeffnung vom unteren Nasengang vorne in die Kieferhöhle, Wiederannähen der Muschel.

Hierauf folgten die discutorischen Bemerkungen zu Menzel's Fällen von a) einseitigem Kehlkopfkrampf und von b) Schiefstand des Larynx und der Trachea infolge eines intrathoracalen Processes.

Zu a) spricht Réthi sich dahin aus, dass es sich um eine der Pendelzuckung ganz analoge Bewegung handle, d. h. um eine nicht vollständige Recurrenslähmung. Grossmann kritisirt die Erklärungsweise Menzel's, ebenso Roth; Hajek findet die von M. gezogenen Schlüsse für nicht richtig. Menzel betont im Schlusswort, dass es sich im demonstrirten Falle um einen tonischen Krampf des Aryknorpels gehandelt hat und replicirt auf die verschiedenen Einwendungen in der Discussion.

Zu b) sind Réthi und Fein nicht der Meinung, dass der Kehlkopf durch den Mediastinalprocess irgend welche Lageveränderung aufweist und glaubt Fein an eine angeborene Asymmetrie der Schildknorpelplatten, während Menzel dies auf Grund von Messungen als nicht richtig bezeichnet.

In der Discussion zu Marschik's Fall von combinirter Gaumensegellähmung kommt Réthi auf seine Untersuchungen zu sprechen, welche ergaben, dass der Levator palati mollis nicht vom Facialis, sondern vom Vagus seine motorischen Fasern bezieht, für welche Thatsache Glas einige klinische Befunde anführt.

Zu den von Glas vorgestellten Fällen von Kehlkopfstörungen bei Tabes macht Grossmann bezüglich der Deutung der perversen Stimmbandbewegung und der ataktischen Bewegungen einige Bemerkungen und verweist auf seine diesbezüglichen grundlegenden Arbeiten. In seinem Schlusswort giebt Glas seiner Ansicht Ausdruck, dass die perversen Stimmbandbewegungen beim Menschen nicht auf die durch inspiratorische Luftverdünnung erfolgte Ansaugung zurückzuführen seien, sondern auf eine Schädigung der Glottiserweiterer (Burger).

Auch über Menzel's Fall von zurückgegangener Recurrenslähmung (doppelseitiger Posticuslähmung) entspann sich eine lebhafte Debatte.

Zum Schluss hält Grossmann seinen Vortrag: Ueber die reflectorischen, vasomotorischen Störungen nasalen Urspiungs (publicirt).

Sitzung vom 13. Mai 1908.

Vorsitzender: Doc. Dr. Roth.

Glas demonstrirt einen Galvaniseur mit Hydrargyrose der Nasenschleimhaut, einen Patienten mit Phosphornekrose der Oberkiefer und einen 57 jährigen Mann mit Carcinoma laryngis, in welchem Falle die absolut indicirte Totalexstirpation vom Patienten abgelehnt wurde.

Menzel zeigt das Präparat eines am Septum gestielt aufsitzenden rhinoskleromatösen Tumors, ferner das anatomische Präparat einer Stirnhöhle mit zwei Ausführungsgängen, sowie das histologische Präparat eines Enchondroms des Rachendaches.

Weil demonstrirt ein Röntgenbild mit dem Nachweise der Communication beider Stirnhöhlen (nach Einspritzung von Bleisulfataufschwemmung in die linke Stirnhöhle bei hängendem Kopfe).

Hütter spricht über die Anwendung der Localanästhesie bei der Adenotomie (publicirt).

In der Discussion sprachen fast alle Herren gegen die Anwendung der Localanästhesie bei Kindern; Hütter betont in seinem Schlusswort, dass er seine Infiltrationsanästhesie vor Adenotomien hauptsächlich bei älteren Kindern empfohlen habe, dass sich dieselbe aber auch in ausgewählten Fällen bei kleineren Kindern anwenden lasse.

Sitzung vom 4. November 1908.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Hütter demonstrirt einen Fall von Aphonia et Dyspnoea spastica, offenbar auf hysterischer Basis. Durch die Narkose konnte der Krampf vorübergehend gelöst werden. Die Pat. wurde schon einmal tracheotomirt, bald darauf jedoch wieder decanulirt.

Hierzu sprachen Heindl (Heilung durch Suggestion und Narkose), Grossmann (allgemeine Bemerkungen über Motilitätsstörungen der Stimmbänder auf hysterischer Grundlage), Chiari, welcher fragt, ob der Spasmus während des Schlafens schwindet, worauf Pat. unklare Angaben macht.

2. Glas stellt a) einen Patienten vor, bei welchem eine vor Monaten bestandene totale Recurrenslähmung bei Grösserwerden eines Arcus-Aneurysma bis auf eine leichte Posticusparese zurückgegangen ist; b) einen primären isolirten Pemphigus des Larynx.

Discussion: Grossmann, Weil, Heindl.

3. Fein stellt einen Mann vor, welcher einen Selbstmordversuch durch Erhängen ausführte, wodurch es zu einer Compression des rechten Vagus kam (Fixation der rechten Stimmlippe, beschleunigte Athmung, 105 Pulse).

4. Weil demonstrirt einen Fall von wahrscheinlich auf tuberculöser Basis entstandener Narbenstenose des Larynx.

5. Chiari demonstrirt das Präparat von einem Patienten, welcher durch das Eindringen eines Fremdkörpers vom Oesophagus her nach einigen Tagen an einer Blutung aus der Aorta starb (durch die Muskelcontractionen des Oesophagus wurde der spitze Fremdkörper in das Gewebe hineingetrieben).

6. Kahler stellt einen Patienten mit recidivirenden Papillomen im Larynx vor. Ferner einen nach Killian radical operirten und geheilten Patienten mit chronischer Stirnhöhleneiterung, bei welchem die vor der Operation bestandenen meningealen Reizsymptome verschwanden.

An der Discussion, die sich hauptsächlich um die Indication zur primären Naht drehte, betheiligten sich Hajek, Kofler und Chiari.

7. Marschik bringt einen Fall von Sklerom, bei dem die Röntgenbehandlung eingeleitet wurde.

8. Kahler und Marschik berichten über bronchoskopische Fremdkörperfälle. Ein 6 Monate alter Säugling und zwei 6 jährige Kinder, von denen eines an Pneumonie starb. Obere Bronchoskopie: Knochen, Pflaumenkern, Kugel.

Hanzel-Chiari.

---

b) XVI. Versammlung des Vereins Deutscher Laryngologen*).

(Bericht von Dr. F. Blumenfeld, Wiesbaden, Schriftführer des Vereins.)

Vorsitzender: Prof. Denker (Erlangen).

Als Ort der nächsten Tagung, die am Donnerstag vor Pfingsten 1910 stattfinden soll, wurde Leipzig gewählt.

A. Horn (Bonn): Die Behandlung operirter Nebenhöhlen.

Auf Grund des Erfolges von 24 Stirn- und Siebbeinoperationen, die im Wesentlichen nach der Killian'schen Methode ausgeführt wurden, empfiehlt H. das Princip des negativen Druckes anzuwenden, um dadurch von dem Zeitpunkt der Entfernung des Tampons bis zur vollständigen Heilung eine vollständige und absolute Drainage zu erzielen. Er glaubt, diesen Erfolg allerdings nur dann erwarten zu dürfen, wenn 1. durch vorhergehende Eingriffe alle Polypen, Bullae, leicht zugängliche vordere Siebbeinzellen und Eiterungen anderer Höhlen beseitigt sind; 2. wenn die Operation absolut radical ausgeführt ist, so dass nicht eine einzige erkrankte Siebbeinzelle oder verdickte Stirnhöhlenschleimhaut zurückbleibt; 3. wenn durch wiederholtes tägliches Absaugen mit einer dem betreffenden Fall angepassten Druckhöhe das Operationsgebiet von Anfang bis zum Ende von dem Secret freigehalten wird. Nach H.'s Ansicht hat die Saugbehandlung eine verzögernde Einwirkung auf die Tendenz der Drainageöffnung, sich zu verkleinern. Misserfolge treten besonders dann ein, wenn eine Ozaena mit Nebenhöhlenkrankheiten combinirt sich vorfindet. In diesen Fällen zieht sich die Nachbehandlung von Woche zu Woche hin und es wird Secret gewöhnlich am Nasenboden gefunden, dessen Ursprung schwer zu bestimmen ist. Durch Abschluss der in Betracht kommenden anderen Nebenhöhlen sowie durch Bepulvern der Nasenschleimhaut mit Aristol ist es möglich, festzustellen, ob es sich auf der Nasenschleimhaut selbst oder in einer der Nebenhöhlen bildet. Die künstliche Drainage der Nebenhöhle durch Ansaugen bietet nach Ansicht des Autors einen bedeutenden Vortheil in der Behandlung dieser Krankheiten.

A. Schoenemann (Bern): Demonstration neuer Nasenspecula.

Bei dem Cramer'schen resp. Killian'schen Nasenspeculum haben sich gewisse Uebelstände gezeigt, denen durch eine Sperrvorrichtung und durch kurze Griffe am linken Speculumlöffel begegnet werden soll. Der sehr einfache Gebrauch des Speculums ist folgendermaassen: Einführen der geschlossenen Nasenlöffel, Oeffnen und Feststellen derselben, weitere Handhabung des selbstständig geöffnet bleibenden Instrumentes während der Operation vermittelst der beiden seitlichen Löffelgriffe. Die Instrumente werden fabricirt bei Schärrer, A.-G., Bern.

---

*) Die Verhandlungen erscheinen ausführlich bei Curt Kabitsch (A. Stuber's Verlag), Würzburg.



Derselbe: Weitere Beiträge zur Pathologie und Therapie der Ozaena.

Sch. hatte früher die Vermuthung geäussert, dass die Ozaena eine dem Eczem und seinen Folgen an die Seite zu stellende Nasenschleimhauterkrankung darstelle. Weitere Beobachtungen haben ergeben, dass Ozaenakranke nicht selten gleichzeitig an Eczem der äusseren Haut litten, doch kann von einem gesetzmässigen Zusammentreffen auf Grund der Beobachtung von etwa 50 Ozaenafällen nicht die Rede sein. Hingegen scheint scheint die interne oder besser noch die subcutane Anwendung des Arsens in möglichst grossen Dosen zweifellos einen günstigen Einfluss auf die andauernde Besserung der Ozaena auszuüben. Allerdings kann dabei die locale Behandlung nicht entbehrt werden. Bei zwei Fällen stellte ferner Sch. bei Kranken, die mit Ozaena behaftet waren, die irrthümliche Diagnose auf eine Kieferhöhleneiterung. Nach breiter Eröffnung von der Fossa canina aus stellte sich zwar die Diagnose als falsch heraus, doch nahm von da an die Ozaena einen sichtlich milderen zur Heilung tendirenden Charakter an. Sollte sich eine solche breitere Eröffnung des Sinus maxillaris bei genuiner, d. h. nicht durch Sinusitis complicirter Ozaena bewähren, so wäre der Vorschlag, die Therapie dieser Krankheit mit breiter Eröffnung der Kieferhöhle von der Nase aus zu beginnen, wohl gerechtfertigt.

Discussion: Polatschek, Winckler, Wassermann, Möller.

Winckler (Bremen): Ueber einige seltene Entstehungsursachen der Kieferhöhleneiterungen.

Zerstörungen der Kieferwände durch relativ gutartige Affectionen der Highmorshöhle constatirte W. in den letzten Jahren: 1. bei einem dentalen chronischen Empyem, 2. bei einer Zahncyste, 3. bei einer Cholesteatombildung in der Kieferhöhle.

1. Fall: 19jähriger Patient, der seit 2 Jahren an einer Fistel zwischen den beiden linken oberen Schneidezähnen leidet, die fortdauernd zahnärztliche Behandlung nothwendig macht. Links von der Raphe des Gaumens hängt die Schleimhaut des Gaumens sackförmig in den Mund hinein. Bei Durchleuchtung zeigt sich der linke Oberkiefer dunkel, während der rechte gut lichtdurchgängig war. Incision des Abscesses am Gaumen brachte keine Heilung. Es ergab sich vielmehr bei weiterer Untersuchung eine Abscesshöhle, in der die Wurzeln beider Schneidezähne sowie die Innenseite des Eckzahnes, umgeben von Granulationen, frei lag. Extraction der Schneidezähne, Auslöffelung der Granulationen. Oberhalb der Abscesshöhle wird die verdickte Mucosa der Highmorshöhle sichtbar. Die Knochenplatte des Gaumens war bis über die Mitte hinaus zerstört. Abbrechen der Operation infolge Störung der Narkose. Später Schnitt in die verdickte Kieferhöhlenschleimhaut, Entleerung dickschleimiger, eitriger Flüssigkeit, breite Freilegung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus, Entfernung ber Kieferhöhlenschleimhaut, soweit sie der Abscesshöhle anlag, Abtragung der lateralen Nasenwand unterhalb der Nasenmuschel und eines Stückes des knöchernen Nasenbodens unter sorgfältiger Schonung der Schleimhaut. Spaltung der Nasenschleimhaut dicht unterhalb des Ansatzes der unteren Muschel, Bildung eines Schleimhaut-

lappens, der nach unten geschlagen wurde, damit er mit dem Periostüberzug des zerstörten Gaumengewölbes verwachse.

Nach sorgfältiger Versorgung der Wunde schnelle Heilung.

2. Fall: 10jähriger Knabe. Vorderfläche der rechten Wange durch einen kindsfaustgrossen Tumor vorgetrieben. Punction des Tumors ergab eine gelblichrothe, trübe, mit zahlreichen Flocken vermischte, seröse Flüssigkeit, die keimfrei war und mikroskopisch neben zahlreichen Cholestearinkrystallen rothe Blutkörperchen, Leukocyten und Epithel aufwiesen. Breite Spaltung über der Vorwölbung im Munde. Ablösung des Periosts nach oben und unten, worauf die enorm vorgetriebene faciale Antrumwand bis an die Infraorbitalwand freipräparirt wurde, ebenso ausgedehnte Abtragung der facialen Antrumwand mit Schonung der unter ihr befindlichen schwappenden Geschwulst. Die Cyste, die in der Gegend der Backenzähne dem Boden fest aufsitzt, sich im Uebrigen von der Kieferhöhlenschleimhaut ablöst, wird herauspräparirt. Heilung in 3 Wochen. Controlirt nach einem Jahr.

3. Fall: 28 Jahre alter Arbeiter mit Klagen über Eiterung aus der rechten Nasenhöhle und einer anscheinend periostalen Anschwellung über dem rechten Oberkiefer, die sich angeblich in den letzten zwei Tagen unter Schmerzen entwickelt hatte. Thränen des rechten Auges. Conjunctiva bulbi und palpebralis geröthet. Schwellung des unteren Lides, eingedickter Eiter in rechter Nase. Bei der Operation von der Fossa canina aus übelriechender Eiter. Nach Reinigung der Höhle findet sie sich mit weissen, etwas glänzenden Massen angefüllt, die sich besonders im lateralen Antrumswinkel und hinter dem Jochbein zu einem grossen Tumor angehäuft hatten. Ihre Entfernung mit dem scharfen Löffel ist besonders in der Jochbeinbucht schwierig, so dass der untere Rand des Jochbeins abgetragen werden musste. Eine Zahnwurzelerkrankung am Boden des Antrum Highmori wurde vermisst. Weitere Eröffnung der lateralen Nasenwand. Bisher keine Anzeichen von Recidiv.

Marx (Heidelberg): **Aetiologisch interessanter Halsabscess.**

68jähriger Patient, der seit 3 Wochen über Schmerzen hinter dem rechten Ohr klagte. Eine reichlich Eiter entleerende Fistel etwa vor der Mitte des Processus mastoideus. Die Umgebung derselben geröthet und etwas infiltrirt. Bei Sondenuntersuchung kein rauher Knochen. Ausserdem rechts complette Facialislähmung. Trommelfell blass. Bei Operation mittels Weichtheilschnittes durch die Fistel Processus normal. Die Zellen desselben normal. Ein Fistelgang führt in einen grösseren Hohlraum, der etwas medial vom Processus styloideus belegen ist. In dieser Höhle dicker Eiter mit zwei in Granulationsgewebe eingebetteten Aehrengrannen. Ausräumung des Inhaltes, Heilung. Facialislähmung besteht fort. Die Anamnese ergab späterhin, dass es sich in diesem Falle um die Durchwanderung eines Fremdkörpers vom Pharynx nach aussen zum Processus styloideus handelte.

Rud. Hoffmann (München): **Alkoholinjection des Nervus laryngeus superior.**

Angeregt durch die Erfolge Schlösser's mit Alkoholinjectionen bei Neural-



gie hat H. diese Injectionen bei Schluckschmerzen der Kehlkopf-Tuberculösen angewendet, nachdem schon früher Braun und Valentin Cocainlösung zur Erzielung einer vorübergehenden Anästhesie bei kurz dauernden Operationen angewendet hatten. Patient wird horizontal gelagert, mit dem Daumen der linken Hand die gesunde Larynxhälfte medianwärts gedrängt, damit die kranke Hälfte des Kehlkopfgerüstes deutlich prominirt. Der Zeigefinger geht in dem Raum zwischen Schildknorpel und Zungenbein nach aussen, bis der Patient die schmerzende Stelle als getroffen meldet. Man hält nun den Nagel des Zeigefingers auf der sorgfältig desinficirten Haut so fixirt, dass die Eintrittsstelle für die Nadel gerade vor seiner Mitte liegt. H. geht $1^1/_2$ cm tief senkrecht zur Körperoberfläche ein. Die Nadel wird vorsichtig bewegt, bis der Patient angiebt, dass er Schmerz im Ohr empfindet. Injection 45° warmen 85 proc. Alkohols. Entfernung der Nadel, Collodiumverband. Ueble Zustände sind nicht bemerkt, doch bedarf es einer eigenen nach Schlösser's Muster angefertigten Spritze. Der Patient ist sofort nach der Injection im Stande, feste Speisen ohne Beschwerden zu sich zu nehmen. Die Dauer der Analgesie ist verschieden. Sie schwankt zwischen 6 und 40 Tagen. H. hält das Verfahren für sehr empfehlenswerth.

Discussion: Avellis: A. hat, da ihn die Resultate der Alkoholinjection nicht vollkommen befriedigten, bei einem Fall von sehr schwerer Phthise mit geringem Lungenbefund den N. laryngeus sup. in einem Zwischenraum von 9 Tagen beiderseits resecirt. Das gelang ohne Schwierigkeit, da durch den mageren Hals des Kranken die Arterie leicht durchzufühlen war. A. theilt dann seine Erfahrungen über Alkoholinjectionen bei supraorbitaler Neuralgie mit. Auch hier war der Dauererfolg nicht immer befriedigend, so dass A. zur Resection des N. supraorbitalis schreiten musste.

Kahler (Wien): Zur Casuistik der primären Trachealcarcinome.

K. berichtet über zwei Fälle. Der erste Fall betrifft einen 61 jährigen Schlosser, der 1907 bereits von v. Schrötter tracheoskopirt und mit Hülfe eines gefensterten Rohres, welches die Geschwulst für die Operation fixirte, operirt war. Die entfernten Stückchen ergaben Cylinder-Zellen-Carcinom. Erneute Athemnoth führte den Kranken wieder der Klinik zu, wo sich ein das Lumen der Trachea fast verschliessender, höckriger, grau-röthlicher Tumor fand, der scheinbar breitbasig aufsitzt. Bei Berührung mit der Pincette ergab es sich, dass der Tumor nicht so breitbasig aufsass, wie es zuerst den Anschein hatte. Es wurde deshalb der Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt, nachdem er durch eine gleichzeitig eingeführte Hakenpincette in diese hinein und zugleich vor der Aspiration in den Bronchus bewahrt war. Die Entfernung eines Stückes von über 2 cm Länge, 1,5 cm Breite und 1 cm Dicke gelang leicht. Blutung gleich Null. Nach 6 Tagen Entfernung eines beträchtlichen zurückgebliebenen Stückes. Entfernung der Reste des Tumors mit Landgraf'scher Doppelcürette und gründliche Verschorfung des Grundes mit dem Flachbrenner. Bis heute Heilung.

2. Fall. 52jährige Tagelöhnersgattin, bei der 1897 schon ein im 4. Trachealring sitzender breitbasiger Tumor entfernt war, unter Leitung des Larynxspiegels. Da es sich um ein Recidiv handelte, schlug man bei der späteren Aufnahme der

Patientin die Tracheofissur vor, die Angesichts des hohen Sitzes der Geschwulst aussichtsreich gewesen wäre. Ablehnung der Operation. Der Versuch, die breitbasige Geschwulst mit der Schlinge abzutragen, misslang zunächst, darauf heftiger suffocatorischer Anfall. Entfernung der Tumormassen durch Röhrenspatel. Die ziemlich heftige Blutung durch Cauter gestillt. Patientin verlässt das Spital bei vollkommenem Wohlbefinden. Folgt Bericht über das histologische Bild der Tumoren.

Frers (Hamburg): Studien über die postembryonale Entwickelung der Nebenhöhlen der Nase.

Nachdem Killian die embryonale Entwickelung der Nebenhöhlen um einen grossen Schritt weiter gebracht hat, glaubt F. versuchen zu sollen, die postembryonate Entwickelung der Nebenhöhlen einer Betrachtung unterziehen zu sollen und sucht für deren Entstehung eine Erklärung. Er findet dieselbe u. a. in einem rein physikaliscken Factor, nämlich in den Druckschwankungen in der Nase, vor allem durch den Exspirationsdruck. Für diese Theorie spricht 1. der Umstand, dass das Hauptwachsthum der Nebenhöhlen einsetzt nach der Berührung mit dem Luftdruck und dessen Schwankungen. Bei der Geburt sind nur Anlagen vorhanden. 2. Die Beobachtung, dass nach dem Naturgesetz Organe, welche keine Funktion mehr haben, schrumpfen, sich zurückbilden. 3. Glaubt F. für seine Annahme die Aehnlichkeit verwerthen zu sollen, welche die ausgebildeten Nebenhöhlen in der Form mit wirklich durch Luftdruck (Exspirationsdruck) entstandenen Hohlräumen, z. B. den Lungencavernen, haben. 4. Spricht dafür die Richtung des In- und Exspirationsstromes und die anatomischen Verhältnisse, welche er nach der Geburt vorfindet. 5. Auch die Auskleidung der Nebenhöhlen kann für eine derartige Entstehung sprechen. Ferner sprechen klinische und pathologische Beobachtungen für die Annahme, dass die Luftdruckschwankung bei der Bildung der Nebenhöhlen eine bedeutende Wirkung ausüben kann. Alle diese verschiedenen Punkte werden weiter ausgeführt, eignen sich aber nicht zu kurzem Referat.

Discussion:

Schoenemann führt die Bildung der pneumatischen Nebenhöhlen zunächst auf das Einwachsen mehr oder weniger solider Epithelzellen in die Tiefe zurück. Sie differenziren sich später zu einem lufthaltigen Sack. Er glaubt, dass der Entwickelungsmodus der pneumatischen Gesichtshöhlen principiell nicht unter einem anderen Gesichtspunkt zu betrachten ist, als die Pneumatisation der übrigen Knochen, speciell derjenigen des Felsenbeines, bei welchem eine unmittelbare Folge des Respirationsdruckes nicht in Frage kommen kann.

Killian weist darauf hin, dass diese schwierige Frage nur auf Grund eigener Untersuchungen und des Beherrschens der Literatur gelöst werden könne. Die Ausbildung der thierischen und menschlichen Körperformen wird in erster Linie von den Gesetzen der Phylogenese und Ontogenese beherrscht. Die Luftdruckeinwirkungen können kaum formativen Werth besitzen. Eine grosse Reihe von Beispielen aus der Thierwelt zeigt, dass es Nebenhöhlen giebt, bei denen die Einwirkung des Luftdruckes von vornherein ausgeschlossen ist.



Mann (Dresden): Demonstration von Moulagen, die nach Spiegelbildern des Nasenrachenraumes angefertigt sind.

Im Verfolg seiner früheren Arbeiten über das Bild des Nasenrachenraumes zeigt Vortragender ausserordentlich instructive Moulagen, die er im Verein mit einem Künstler angefertigt hat.

Derselbe: Demonstration von Bildern und Photographien nach Sectionsbefunden bei solchen Fällen, die in vivo tracheobronchoskopirt waren.

Fall 1. Mann in den 50er Jahren mit seit Monaten zunehmenden Schluckbeschwerden, Heiserkeit, Athemnoth. Klinischer Befund: Mässige Struma, doppelseitige Recurrenslähmung, in- und exspiratorischer Stridor. Tracheoskopie. Direkt unterhalb der Glottis leicht höckeriger Tumor, von der Hinterwand ausgehend, der noch einen schmalen Spalt freilässt. Diagnose: Maligner Tumor, der in Trachea und Oesophagus gleichzeitig hineingewachsen ist. Section ergab grosses Sarkom, das von der Struma zwischen Luft- und Speiseröhre hineinwuchs.

Fall 2. 60jährige Frau. Kachexie seit 3 Wochen, Knochen an linker Halsseite, Erstickungsanfälle. Klinischer Befund: Eitriger Auswurf ohne Bacillen. In der Gegend der Schilddrüse harter Knoten. Alte luetische Narbe am weichen Gaumen. Linke Spitze suspect. Tracheoskopischer Befund: Dicht oberhalb der Glottis linke Trachealwand weit ins Lumen vorspringend, tief hinabreichend. Entzündungserscheinungen der ganzen Schleimhaut. Im rechten Bronchus derselbe Befund, links nicht einstellbar. Diagnose: Tertiäre Lues, Gumma am Halse, in der Trachea und Lunge. Section: Alte Lungentuberculose, in linker Spitze abgeschlossene Caverne, grosse substernale Struma, die die Trachealstenose bewirkt.

Fall 3. 30jähriger Mann. Klinischer Befund: Stridor, mittelgrosse Struma, Einziehung der Supraclaviculargruben, Lungenemphysem. Zweiter Pulmonalton verstärkt. Röntgenbefund: Starke Verbreiterung des Aortenschattens, Wassermann positiv. Tracheoskopischer Befund: Trachea auffallend weit. Bei weiterem Vorgehen verschwindet in der Gegend der Bifurcation das Lumen total. Untersuchung aufgegeben. Diagnose: Aneurysma arcus aortae. Section bestätigt dieselbe.

Fall 4. 48 Jahre alte Frau. Husten, Athemnoth, Schluckschmerzen, Zurückkommen genossener Speisen, Blutbrechen. Tracheoskopischer Befund: 20 cm oberhalb der zu erwartenden Bifurcation unregelmässiger Tumor, von der Hinterwand ausgehend. Blick in die Tiefe unmöglich. Oesophagoskopischer Befund: In 24 cm Tiefe an der Verderwand ulcerirter Tumor. Diagnose: Kleines Oesophaguscarcinom, das von der vorderen Wand der Speiseröhre in die Trachea hineingewuchert war. Exitus unter Fieber. Pleuraerscheinungen. Section ergab den in die Trachea und die Hauptbronchien hineingewucherten Tumor. Perforation des rechten Hauptbronchus, eitrige Pneumonie im rechten Unterlappen.

Fall 5. 56jährige Dame. Befund: Auffallende Verbreiterung des Sporns der Trachea. Weiter in der Tiefe verengt sich der Bronchus derartig, dass Tubus festsitzt. Diagnose: Da Augenarzt eine Papillenaffection für luetisch hielt, specifische Behandlung. Scheinbare Besserung, dann Zunahme der Beschwerden. Später Beckentumor. Exitus nach einem halben Jahre. Das Bild der Präparate

zeigt Bronchus in Carcinommasssen eingebettet, desgleichen die intrabifurcalen Drüsen carcinomatös. Knochenmetastasen.

Fall 6. 55jähriger Mann. Athemnoth, plötzliche Heiserkeit. Befund: Inspiratorisches Stenosengeräusch, Cadaverstellung des linken Stimmbandes. Links hinten unten handbreit leichte Dämpfung. Tracheoskopischer Befund: In der Gegend der Bifurcation wölbt sich die Hinterwand leicht vor. Daselbst Pulsation. Lumen des linken Hauptbronchus verengt. Bei weiterem Vorgehen bei 9 mm-Tubus zeigt sich der linke Bronchus in der Tiefe von 30,5 cm durch Vorbauchung seiner medialen und unteren Wand fast verschlossen. Diagnose: Stenose der Lymphdrüsen durch Anthracose. Sectionsbefund: Carcinom des linken Hauptbronchus.

Fall 7. Ueber Lungen Schall rechts ein wenig kürzer als links, überall vesiculäres Athmen mit Trachealbeiklang. Röntgenbild im Hilusschatten besonders rechts zahlreiche dunkle Flecken. Tracheoskopischer Befund: Mässige Vorwölbung der Hinterwand in der Gegend der Bifurcationszone stark verbreitert. Eingänge der Bronchien verengt. Starke Neigung zu Blutung daselbst. Untersuchung der tieferen Wege unmöglich. Diagnose: Carcinom der Trachea, auf Bronchien und rechten Lungenhilus übergreifend. Durch Section bestätigt.

Fall 8. 62jährige Frau. Seit 2 Jahren Anfälle von Athemnoth, in letzter Zeit Heiserkeit, Abmagerung. Im Epigastrium apfelgrosser Tumor zu fühlen. In rechter Mamma kleine harte Stelle. Verhärtung und Vergrösserung der Achseldrüse. Tracheoskopischer Befund: Carina fehlt fast völlig, derartig ist die Theilungsstelle verbreitert. Hauptbronchien verengt. Eindringen unmöglich. Diagnose: Metastasen eines Carcinoms an der Theilungsstelle der Bronchien. Durch Section bestätigt.

Fall 9. 35jähriges Fräulein. Nicht tracheoskopirt. Kam mit Diagnose Emphysem ins Spital. Befund: Hochgradige Dilatation des grossen Bronchialbaums, so dass an einer Stelle die Pars membranacea der Trachea 4,5 cm, die Pars cartilaginea 5 cm breit ist. In den Bronchien ähnliche Verhältnisse.

Discussion:

Killian (Freiburg): Die vom Vortragenden erhobenen Befunde sind für die Diagnostik der tieferen Luftwege von grosser Bedeutung und sollten fortgesetzt werden.

Ehrenfried (Kattowitz) berichtet über zwei Fremdkörperfälle und weist darauf hin, dass Fremdkörper häufig ihre Lage im Bronchialbaum wechseln.

Schilling (Freiburg) berichtet ausführlich über einen Fremdkörperfall, bei dem gleichzeitig Pemphigus des Mundes und der äusseren Haut bestand.

Katz (Kaiserslautern): Demonstration eines Sarkoms der Nasenscheidewand.

Auf Grund eines strittigen Falles bespricht K. die Schwierigkeit der histologischen Diagnose der endonasalen Sarkome mit dem Hinweis, dass es von besonderer Bedeutung ist, ein Stück des Tumor, das möglichst von der Schleimhautoberfläche entfernt ist, histologisch zu durchforschen, da die Schleimhaut nasaler Tumoren, die dem Naseneingang sehr nahe sind, Veränderungen eingehen kann, die Sarkomen zum Verwechseln ähnlich sind. Demonstration eines histologischen Präparates von Spindelzellensarkom. (Eigene Beobachtung.)

Derselbe: Demonstration eines Rundzellensarkoms der Uvula. Beschreibung der Operationsmethode.

Discussion: Rödiger (Landau).

Siebenmann (Basel): Erfahrungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberculose in den Jahren 1903—1908.

66 Laryngo-Phthisiker, die sämmtlich Zeichen von Lungentuberculose boten, wurden im März und April 1909 zur Controle einberufen. Es ergab sich: Gestorben 24,36 pCt., nicht controlirbar 17,26 pCt., controlirt 25,38 pCt. Gänzlich geheilt erwiesen sich 14,56 pCt. der Controlirten, mit Recidiven erschienen 11,44 pCt. Von diesen 11 Geheilten, die über ein Jahr nach der Operation controlirt werden, sind 6 vor 1—5 Jahren, 4 vor 1—2 Jahren operirt. 3 Fälle davon waren diffuse Larynxinfectionen. S. glaubt unter den nicht zur Controle erschienenen auch noch mehrere Geheilte vermuthen zu sollen. Betrachtet man die Heilungsziffer mit Ausschluss der nicht zur Controle gelangten und der weniger als ein Jahr controlirten, aber mit Einschluss sämmtlicher Gestorbenen, so finden sich 11 Geheilte und 13 Operirte, also in 28 pCt. keine Heilung nach einem Jahr und länger constatirt. Bei 6—15 pCt. treten Recidive auf und 22, d. h. 57 pCt. sind gestorben. Die Methode, welche S. befolgt, wird des Näheren beschrieben. Als etwas Neues ist dem üblichen galvanokaustischen Verfahren hinzugefügt die Anwendung von Luftinsufflation, um die starke Rauchentwickelung beim Arbeiten mit dem Kauter zu vermeiden. Von üblen Zufällen wurden bemerkt Auftreten von Schling- und Würgbewegungen, die exactes Arbeiten und Vermeiden von Nebenverletzungen unmöglich machten. Leichte Cocainintoxication bei einem Fall, in dem unterhalb der Glottis kauterisirt wurde, stärkere Blutung und bedrohliches Emphysem des Mediastinums in der äusseren Haut ohne schädliche Folgen, einige Male Oedem. Die Behandlung sollte im Spital vorgenommen werden. S. glaubt, die Behandlung mit dem Kauter empfehlen zu sollen.

Brünings und Albrecht: Ueber therapeutische Versuche bei experimentell erzeugter Kehlkopftuberculose.

Um die Wirkung der in den letzten Jahren therapeutisch vielfach benutzten ultravioletten und Röntgenstrahlen näher zu studiren, haben B. und A. Kaninchen vermittelst Röhrenspatel mit auf Bacillengehalt untersuchten menschlichem Sputum im Kehlkopf inficirt. Ein Theil der Thiere erlag reactiven Schwellungen, Pneumonie oder Miliartuberculose. Die Ueberlebenden wurden am Ende der 2. oder 3. Woche der Bestrahlung unterworfen, die ausnahmslos am laryngotomirten Thiere von aussen vorgenommen wurde. Es war dies deshalb nothwendig, weil eine Bestrahlung auf natürlichem Wege mit exacter Berührung beim Kaninchen schon deshalb ausgeschlossen ist, weil dabei nicht nur die einfallende Bestrahlungsintensität, sondern auch der Einfallswinkel von ausschlaggebender Bedeutung ist. Nach näherer Besprechung der physikalischen Begründung der Actinotherapie kommt Br. zu dem Resultat, dass die Verwendung gewöhnlichen Sonnenlichtes deshalb aussichtslos ist, weil die photo-chemische Intensität in ihr so gering ist, dass erhebliche Tiefenwirkungen nicht zu erwarten sind. Es steht jedenfalls fest, dass alle bekannten photographisch wirksamen Lichtarten an Durchdringungs-

vermögen auch der weichsten Röntgenbestrahlung durchaus nachstehen und dass bei deren zweifellos electiver Wirkung von vornherein günstigere therapeutische Erfolge zu erwarten sind.

Albrecht demonstrirt Bilder der auf genannte Weise inficirten und behandelten Kehlköpfe von Kaninchen. Er kommt zu dem Resultat, dass der Werth der Sonnenlichttherapie im Ganzen gering war. Das Gleiche gilt von der Quarzlampe. Hingegen ergaben die Röntgenstrahlen bedeutend bessere Resultate. Die Heilwirkung war auch bei schweren zum Theil mit Perlsuchtbacillen erzeugten Tuberculosen des Kaninchens deutlich erkennbar.

Brünings: Bemerkung über die Röntgenbehandlung des menschlichen Kehlkopfes (mit Demonstration).

Vortragender stellt mit aller Bestimmtheit den Satz auf, dass noch niemals ein menschlicher Kehlkopf in einer den physikalischen und biologischen Voraussetzungen der Röntgenlehre genügenden Weise bestrahlt wurde. Er will deshalb die bisherigen laryngo-röntgenologischen Versuche einer Kritik unterziehen und stellt als Hauptforderung für eine wirksame Bestrahlung von Krankheitsprocessen in Körperhöhlen folgende Punkte auf: 1. Vorhandensein ausreichender Radio-Sensibilitäts-Differenzen, 2. Focusabstand von höchstens 20 pCt. Differenz, 3. Strahlenqualität von ausreichender Tiefenwirkung, 4. therapeutisch wirksame Dosis. Die Wege, auf denen eine wirksame Bestrahlung des Kehlkopfes erreicht werden kann, sind vierfache.

1. Die Innenröhre. Dieselbe hat die Gefahr schwerer Verbrennung und den Nachtheil, dass die Dosirung höchst unsicher ist, denn Radio-Sensibilitäts-Unterschiede, welche den hier in Betracht kommenden Entfernungsdifferenzen entsprechen, kommen überhaupt nicht vor.

2. Das Princip der Aussenröhre, d. h. diejenige Anordnung, bei der die aussen entstehenden Röntgenstrahlen durch einen eingeführten geraden Tubus in den Kehlkopf projicirt werden, deren Technik und Schwierigkeiten näher ausgeführt werden.

3. Die Percutanbehandlung. Bei dieser kann, da der Absorptionsgrad gewöhnlicher Strahlungen in oberflächere Schichten zu gross ist, eine wirksame Dosis ohne Oberflächenschädigung nicht in die Tiefe erzielt werden. Es bedarf deshalb härterer penetranter Strahlenarten, zu deren Erzeugung man zweckmässig mittelharte Strahlen durch Scheiben filtrirt oder in der Einschaltung grösserer Röhrenabstände. Die Operativbestrahlung endlich spielt practisch keine grosse Rolle.

Br. Lommt daher zu dem Resultat, dass das Aussenröhrenverfahren, bei welchem Localisirung und Dosirung streng durchführbar sind, vorzuziehen ist, trotz seiner nicht unerheblichen technischen Schwierigkeiten.

Derselbe: Ueber eine neue Art der directen Laryngoskopie und der directen Kehlkopfoperation.

Um gewissen Schwierigkeiten bei Ausführung der Laryngoskopie zu begegnen, hat Br. einen Gegendruck-Autoskop hergestellt, dessen Vorzüge sich kurz in folgende Sätze zusammenfassen lassen: 1. Die Autoskopirbarkeit wird sehr ge-

steigert, vielleicht bis 100 pCt. 2. Der grösste Werth ist zu legen auf die Eigenschaft des Gegendruckverfahrens, dass die Erhaltung der Einstellung selbstthätig erfolgt. 3. Die Methode ermöglicht eine beträchtliche Erweiterung des autoskopischen Gesichtsfeldes, weil sich ohne Ueberschreitung des zulässigen Druckes wesentlich dickere Röhren anwenden lassen. Die näheren Ausführungen bedürfen zu ihrer Erläuterung der beigegebenen Zeichnungen.

Derselbe: Demonstration neuer diagnostischer und therapeutischer Hülfsmittel und deren Anwendung.

1. Kopflichtbad. Zurückgreifend auf früher publicirte Mittheilungen betont Br., dass die früher aufgestellten Indicationen der Anwendung des Kopflichtbades bei Nebenhöhleneiterung wesentlich zu erweitern ist. Die früher aufgestellte Hypothese, dass bei der Anwendung des Kopflichtbades durch Erweiterung der Nase die Abflussverhältnisse der Nebenhöhlen verbessert würden, ist nicht mehr haltbar. Man muss vielmehr annehmen, dass die Secretion als solche durch die heftige Hyperämie gesteigert wird.

2. Untersuchungslampe. Br. ist zu dem Resultat gelangt, dass als brauchbarste Lampen anzusehen sind: a) der Auer'sche Glühstrumpf in der Form des hängenden Lichtes, also mit nach unten geschlossenem Strumpf, b) eine geeignete Umarbeitung des Nernstlichtes, deren wichtigster Bestandtheil ein Lichtfilter ist in Gestalt einer kleinen, dicht vor dem Glühkörper angebrachten farbigen Scheibe. Die ungeeignete Form des Nernstlichtes ist durch eine ganz dicht vor dem Brenner angebrachte Mattscheibe aus Opalglas, deren homogene Beleuchtung ein hinter dem Brenner befindlicher Parabolspiegel bewirkt, sehr vollkommen beseitigt.

3. Gummischwamm-Tamponade. Die Gummischwamm-Tamponade, welche Br. zur Nachbehandlung von Nasenoperationen eingeführt hat, hat sich weiter sehr gut bewährt. Seine Anwendung ist auch bei Druckverbänden und bei Dauerdilatationen, laryngealen und trachealen Stenosen mit bestem Erfolge zu verwenden. Er wird in 5proc. Borlösung aufbewahrt und kommt im nassen Zustande zur Verwendung. Zur Sterilisation kommt, da der Schwamm aus öconomischen Rücksichten mehrmals zur Verwendung gelangt, folgendes Verfahren in Anwendung: a) Mechanische Reinigung mit warmem Wasser und Seife. b) Einlegen in 0,1—0,2proc. Sublimatlösung für 3—5 Tage. c) Aufbewahrung in Borlösung. Der Schwamm muss in den Lösungen mehrmals ausgedrückt werden, so dass er vollständig luftfrei wird und untersinkt. Sterilisation in Dampf kann die Sublimatlösung ersetzen, nicht aber die mechanische Reinigung.

4. Demonstration eines neuen Zungenspatels.

5. Eine neue Paraffinspritze. Spritze mit 2 ccm Fassungsvermögen zur Injection eines besonders für die Spritze hergestellten Präparates von 43° Schmelzpunkt. Sie ist ausser bei kosmetischen Operationen vielfach bei atrophischen Katarrhen und Ozaena angewendet worden. Doch wurde bei letzteren Heilung nicht erzielt.

6. Schlingentonsillotom. Die Exstirpation von Gaumenmandeln wird in der Killian'schen Klinik seit Jahren mit der kalten Schlinge ausgeführt, da

das Resultat der Operation gründlicher ist als mit den üblichen Tonsillotomen. Die Schnürkraft der neuen Schlinge, die jetzt seit etwa 2 Jahren in der Killian-schen Klinik im Gebrauch ist und sich sehr gut bewährt hat, ist wesentlich grösser als bei den alten Modellen.

7. Zangengefässe zum Aufbewahren der Brünings'schen Zangen.

8. Feststellröhre. Dieselben bezwecken, das Innenrohr des Br.'schen Bronchoskopes am Aussenrohr zu fixiren. Diese sehr nothwendige Verbesserung ist geglückt durch Zahnung der am Innenrohre zum Verschieben desselben angebrachten Feder.

9. Pinselspritze. Sie besteht aus einer getheilten Recordspritze mit Dreiringengriff, an welche sich gerade und gebogene Watteträger anschrauben lassen. Die Watteträger sind durchbohrt, so dass man der Watte von dem Inhalt der Spritze zuführen kann.

10. Arzneimittelsonde. Dieselbe dient zur Einführung von Arzneimitteln, Cocain etc. in die Speiseröhre und beruht auf demselben Princip wie die Pinselspritze.

11. Dilatations-Oesophagoskop. Rationeller als die Zerkleinerung von Fremdkörpern, welche im Oesophagus sitzen und aus ihm entfernt werden sollen, erscheint die Dilatation der Speiseröhre. Br. hat daher ein Dilatations-Oesophagoskop construirt, bei dem die Dilatation durch einseitige Spreizung des entenschnabelförmigen Rohrendes erfolgt. Der Spreizungsgrad ist auf einer Skala ablesbar. Gegen eine übermässige Dehnung der Speiseröhre sind Sicherheitsmaassregeln im Instrument selbst getroffen.

Discussion zu Brünings: Ueber eine neue Art der directen Laryngoskopie etc.

Edmund Meyer (Berlin) fragt an, ob seitens des Vortragenden die verhältnissmässig leichtere Autoskopirbarkeit festgestellt worden sei. Brünings bestätigt das.

Brünings (Freiburg): Endoskopische und radiologische Untersuchungen zur Topographie der Luftröhre sowie deren klinische Verwerthung. (Mit Demonstration.)

Um Aufschlüsse über die Topographie des Bronchialbaumes zu erlangen, injicirte Br. mit Hülfe der Endoskopie eine Metallaufschwemmung mit 30proc. Gelatine versetzt bei einer Temperatur von 60° in die Luftröhre. Es erfolgten dann stereoskopische Aufnahmen nach einem Verfahren, das im Original näher nachzulesen ist. Dieselben wurden demonstrirt durch Anschauen mit Brillen in Complementärfarben (rothgrün), während die stereoskopischen Projections-Diapositive ebenfalls rothgrün gefärbt waren. Auf diese Weise erhält der Zuschauer ein gutes stereoskopisches Bild. Es werden orthostereoskopische Aufnahmen eines Schädels und des Bronchialbaums demonstrirt. Eine weitere Vorrichtung soll dem Uebelstande abhelfen, dass die Befunde innerhalb des Bronchialbaumes, wie sie mit der Endoskopie gewonnen werden, sehr schwer auf die Körperoberfläche zu projiciren sind. Br. hat zu diesem Ende einen Trachographen construirt, der an den Griff seines Elektroskopes angehängt wird. Es gelingt mit diesem, wie an einem

Beispiel gezeigt wird, die gesammte Trachea mit Bifurcation auf die Brustwand aufzutragen und die pathologischen Befunde genau nach ihrer Lage festzustellen. Wichtiger noch sind Feststellungen bestimmter Bronchialstellen, wenn es sich darum handelt, Lungenfremdkörper festzustellen oder die Localisation von Lungenabscessen, Bronchiectasien, Fisteln etc. für einen Eingriff von aussen genau zu localisiren. Br. verspricht sich von der weiteren Ausführung dieser Versuche grosse Vortheile für die Lungenchirurgie.

Edmund Meyer (Berlin): Klinische Erfahrungen beim erschwerten Decanulement.

Vortragender unterscheidet hauptsächlich zwei Gruppen von Fällen, bei denen das Decanulement erschwert ist: 1. diejenigen, in denen die Entfernung der Canüle durch die Tracheotomie und ihre Folgen verhindert wird; 2. solche, bei denen die ursprüngliche Erkrankung selbst bleibende Veränderungen im Luftrohr gesetzt hat, die die Entfernung der Canüle auf die Dauer unmöglich machen. In Bezug auf den Ort der Tracheotomie, ob obere oder untere, kommt es weniger auf das Wo, als auf das Wie an. Ist man gezwungen, um jeden Preis die Luftröhre schleunigst zu eröffnen, so kommt es leicht später zu Complicationen. Besonders ungünstig ist die Durchscheidung des Ringknorpels. Auch die Form der Canülen ist von grosser Bedeutung. M. konnte in seinen Fällen bei genauer Untersuchung ausnahmslos organische Veränderungen ausfindig machen. Bei der Behandlung kommt in Betracht die Intubation, die vielfach gute Erfolge giebt, besonders haben sich die mit Alaun-Gelatine überzogenen Tuben bewährt. Bei Verletzung des Ringknorpels ist unter Umständen tiefe Tracheotomie angezeigt, ehe man zur Intubation schreitet. Schornsteincanülen haben niemals Nennenswerthes geleistet, während Hartgummi-Bougies oder Zinnbolzen das Hinderniss beseitigen konnten. Bei Narbenbildung hat Erweiterung der Trachealwunde mit Entfernung der Narbe von der Wunde aus zu vollem Erfolge geführt. Allerdings ist anschliessendes Dilatationsverfahren nöthig. Laryngofissur wurde nur einmal gemacht. Vollständige Heilung unter Intubationsbehandlung.

Discussion:

Kümmel (Heidelberg) tritt für Gebrauch der Glascanülen ein. Die Spaltung der Trachea und des Larynx muss allerdings ziemlich ausgiebig erfolgen. Gummischläuche erfordern eine weniger grosse Oeffnung. K. hat sie in letzter Zeit mit Regenmantelstoff umkleben und umnähen lassen, dessen freie Enden als Canülenbänder dienen.

Mann (Dresden) berichtet von einem zur Zeit in Behandlung befindlichen Falle.

Ehrenfried (Kattowitz) sah einen Fall bei einem Kinde, wo das Decanulement unmöglich war, weil eine Erschlaffung und Vorwölbung der hinteren Trachealwand stattgefunden hat.

Killian (Freiburg) weist ebenfalls auf die Nothwendigkeit einer genauen Untersuchung hin. Bei kleinen Kindern tritt nach Spaltung des Ringknorpels in der Regel eine schwer zu beseitigende subglottische Schwellung ein. In solchen Fällen muss sehr langsam vorgegangen werden. Am geeignetsten erscheinen weiche

Gummiröhren in T-förmiger Gestalt von passender Dicke. Bei stärkeren Narbenstenosen und Verwachsungen wird am besten Laryngofissur ausgeführt. Zur Nachbehandlung eignen sich Gummiröhrchen. In neuerer Zeit hat K. die Einlage von Gummischwammstreifen versucht, die sich anscheinend gut bewähren. Die Stenosen, welche am unteren Ende der Canüle durch langes Tragen derselben hervorgerufen werden, behandelt er am besten durch Gummischlauchcanülen.

Wiebe (Dresden) empfiehlt bei liegender Canüle die geknüpften elastischen Harnröhrenbougies. Er weist darauf hin, dass die Decubitalgeschwüre, welche er beobachtete, fast alle auf der linken Seite gelegen waren.

Denker (Erlangen) empfiehlt die Killian'schen Canülen aus Gummi. Mit Mikulicz'schen T-Canülen aus Glas hat er weniger gute Erfahrungen gemacht.

Henrici (Aachen): Gastroskopie.

Ihr muss eine genaue Untersuchung des Körpers, Herz (Aorta) und eine Sondirung der Speiseröhre vorausgehen, ferner eine gründliche Ausspülung des Magens. Das Spülwasser muss vollkommen entleert werden. Patient erhielt vorher 0,01 Morphium, Pinselung der Rachenwände und der Gegend hinter dem Ringknorpel mit Cocain-Adrenalin wie bei Oesophagoskopie. H. führt das halbstarre Rohr zunächst auf dem Untersuchungstisch in sitzender Stellung ein, später horizontale Lage. In dieser wird das starre Rohr langsam nachgeschoben, bis es sicher den Ringknorpel passirt hat. Entfernung des Mandrins, Aufsetzen des Kopfstückes mit Gebläse und Einführung des optischen Rohres. Dieses geht leicht durch den starren Theil. Weiterhin muss der Widerstand durch kleine vorsichtige Bewegungen überwunden werden. Die schwierigste Stelle ist die des Durchtritts durch das Zwerchfell. Das Bild, welches man nach Einführung in den Magen erhält, ist ein Spiegelbild. Der stets klaffende Pylorus fällt als rundlich ovales, schwarzes Loch auf, seine Umrahmung als mehr oder weniger gewulstete, röthlich schimmernde Magenschleimhaut. Fast alle Partien bis auf den oberen Theil des Fundus und ein kleiner der grossen Curvatur sind sichtbar. Bei der noch unsicheren Indication der Gastroskopie ist Vorsicht geboten. Besonders in Bezug auf das Einführen durch die Speiseröhre. Die Gefahr, dass der Magen durch Lufteinblasen überdehnt werde, ist weniger gross. Von 7 Fällen, die H. gastroskopisch untersucht hat, sind 5 diagnostisch zu verwerthen. Sie wurden ausgeführt vorwiegend wegen Verdachtes auf Carcinom. In 4 Fällen war das Resultat negativ, in dem 5. war deutlich ein Magentumor durch die schlaffen Bauchdecken zu fühlen. Doch war kein gastroskopisches Bild zu erhalten, da die Luft wahrscheinlich infolge der Veränderung der Magenwände durch den Tumor sofort in den Darm abfloss. Ein Urtheil über den Werth der Gastroskopie ist vorläufig noch nicht abzuschliessen, doch ist anzunehmen, dass die Methode in einzelnen Fällen ein rechtzeitiges chirurgisches Eingreifen ermöglicht.

Discussion: Brünings (Freiburg) hat auch mit dem Löning'schen Instrument gearbeitet. Er hält dessen Aenderung des Rosenheim'schen Instrumentariums nicht für sehr glücklich. Er ist mehr für directe Einführung eines starren Instrumentes.

Walter Hänel (Dresden): Demonstration eines schwenkbaren Spucknapfes mit selbstthätiger Wasserspülung.

Joh. Fein (Wien): Demonstration eines Adenotoms mit rechtwinkelig lateraler Abbiegung des Ringmessers.

H. Gutzmann (Berlin): Die Untersuchung und Behandlung functioneller Stimmstörungen.

Die functionellen Stimmstörungen sind nur dann einer systematischen Behandlung zugängig, wenn eine genaue Untersuchung der functionellen Störung vorangegangen ist, selbstverständlich neben der Erhebung des Localbefundes. Die functionelle Prüfung hat sich besonders in drei Richtungen zu bewegen: 1. Untersuchung der Athmungsfunction beim Sprechen und Singen; 2. Untersuchung der Stimme und 3. Untersuchung der Articulation. Was die Athmung betrifft, so ist die Aufnahme von Athemcurven durchaus nothwendig, da sie die verschiedenen vorhandenen Störungen aufdeckt. Bei Untersuchung der Stimmfunction ist der Umfang der Stimme, Stimmlage und Registervertheilung zu prüfen. Besonders muss auf Tonlücken geachtet werden. Die Feststellung der Genauigkeit der Stimme kann bei gröberen Störungen mit dem Ohr geschehen, bei feineren Abweichungen ist eine exacte graphische Prüfung angebracht. G. bedient sich dazu des Fehltonschreibers. Von vielleicht noch grösserer Bedeutung ist die Feststellung der Intensitätsschwankung bei an und für sich richtig gehaltener Tonhöhe. Die Messung der absoluten Stimmintensität begegnet grossen Schwierigkeiten. Für practische Zwecke genügt die Feststellung der relativen. Diese hat Vortragender so angestellt, dass er unter gleichbleibenden Bedingungen der Stimmbildung (Tonhöhe und Klang) den Luftverbrauch vermittelst des Gutzmann-Wethlo'schen Athmungsvolumenmessers gemessen hat. Er demonstrirt Kurven, die beweisen, dass die Schwankungen der Stimmintensität durch sein Verfahren genau festgestellt werden können. Was die Athmung anbetrifft, so erfordern bei der Behandlung functioneller Stimmstörungen diejenigen Fälle eine besondere Aufmerksamkeit, bei denen bei der einfachen Athmungsgymnastik nichts zur Correctur der fehlerhaften Athmungsbewegungen führt. In selchen Fällen leisten mechanische Athmungsübungen, die passiv an dem Patienten ausgeführt werden, bemerkenswerthe Hülfe. G. bedient sich dabei seit Jahren des von Brat angegebenen Druckdifferenzverfahrens. Auf die Stimmgebung bei functionellen Stimmstörungen wirkt es vorwiegend durch Uebertragung von Stimmgabelvibrationen ein. Um dem Uebelstande, dass die Stimmgabel zu schnell abklingt, zu begegnen, hat G. sich elektrisch betriebene Stimmgabeln bauen lassen, die ihre Vibration auf eine kleine im Kehlkopf zu befestigende Pelotte übertragen. Diese ausserordentlich sinnreiche Einrichtung ermöglicht es, dass der Patient neben seinem Ohr eine zweite Controle seiner Stimme erhält, nämlich den Tastsinn. Zum Schluss weist G. noch darauf hin, dass die von den Laryngologen vielfach bei functionellen Stimmstörungen verordnete Schweigecur nur dann von Erfolg sein kann, wenn sich an sie eine systematische Unterweisung der richtigen Athmungs-, Stimm- und Articulationsfunction anschliesst. Ferner wird die Wichtigkeit anderer allgemeiner Hülfsmittel, wie Ortsveränderungen etc., hervorgehoben.

Discussion:

Schilling (Freiburg) demonstrirt die Sprechathmungskurve eines Kranken

mit apoplektischer Bulbärparalyse, an der deutlich zu sehen ist, dass auch bei organischen Sprachstörungen durch die optische Controle und das Gefühl des Kranken eine Besserung zu erzielen möglich ist.

Winkler (Bremen) weist auf die Vorzüge der allgemeinen Behandlung bei diesen Erkrankungen hin. Er fragt an, ob bei functionellen Stimmstörungen während der Behandlungsdauer Gesangsübungen ausgesetzt werden sollen.

Gutzmann (Berlin) möchte hierfür eine allgemein gültige Regel nicht aufstellen, hält es aber im Allgemeinen richtiger, jegliche Uebung der Stimme ausserhalb der Uebungstherapie zu unterlassen.

---

c) Rhino-laryngologische Section des Budapester Königl. Aerztevereins.

II. Sitzung vom 10. März 1908.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: A. Lipscher.

1. E. Baumgarten: Fall von Kehlkopflupus.

Heiserkeit seit 6 Jahren, Narben und Knötchen am Kehldeckel, Infiltration der Aryfalten und der Taschenbänder. Die Tuberculinreaction war sehr intensiv. Lungen gesund. B. hält den Fall für einen primären Kehlkopflupus.

Discussion:

v. Irsay hält den Kehlkopfprocess nicht für primär, da auch Hautveränderungen vorhanden sind.

Baumgarten: Die Hautveränderungen haben sich später gemeldet.

2. E. Baumgarten: Fall von Nasenlupus.

Es handelte sich um ein Lupusrecidiv.

3. A. v. Irsay: Polypus tonsillae.

4. A. Lipscher: Skleromatöse Kehlkopfstenose.

Bereits vor 5 Jahren wurde die Tracheotomie gemacht und nachträglich Dilatation durch Intubation angewendet. Seither haben sich auch schwere Nasen- und Rachenveränderungen gebildet. Der infiltrirte Kehldeckel liegt dem Kehlkopfeingange dicht an, die Intubation kann deshalb nicht ausgeführt werden. Es wird auf endolaryngealem Wege Raum geschaffen, um die Dilatation ausführen zu können.

Discussion:

v. Irsay schlägt vor, vor den Dilatationen Injectionen mit Fibrolysin anzuwenden.

v. Navratil sen. möchte v. Irsay's Vorschlag annehmen, wenn das Sklerom intralaryngeal läge; hier übt aber das Sklerom des Kehldeckels einen Druck auf den Kehlkopfeingang aus, und es ist zu fürchten, dass die Schwellung nach Fibrolysin die Einführung der Tuben erschweren wird.

Baumgarten: Das Curettement ist nach Fibrolysininjectionen leichter ausführbar.

5. A. Lipscher: Zwei Fälle von Nasenrachenpolypen.

Im ersten Falle ging der Polyp von der mittleren Muschel aus; im zweiten

Falle ist der Polyp bei einem Moribunden constatirt worden. Bei der Section fand man, dass die Kieferhöhle zwei natürliche Oeffnungen hatte, durch welche die Polypen mit langem Stiel in die Nase hineinwuchsen.

A. v. Irsay und Z. Donogány sind der Meinung, dass diese Geschwülste aus der Nasenhöhle hervorgehen.

6. v. Navratil jun.: Fall von Nasenstein.

Patient war 72 Jahre alt, der Stein wog 6,75 g, war 3,2×2,3 cm gross und wurde endonasal nach Compression entfernt. Vortr. ist der Meinung, dass die Nasensteine stets von solcher Zusammensetzung sind, dass sie durch Zerstückelung und Zerquetschung leicht entfernt werden können.

Discussion: Donogány ist auch der Meinung, dass die externe Operation überflüssig ist.

v. Navratil.

---

d) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 29. Februar 1909.

Vorsitzender: A. Strömberg.

N. Arnoldson berichtet über einen Fall von Hyperkeratosis laryngis bei einem 60jährigen Mann; die weissen, harten Massen gingen vom linken Stimmband aus und wurden mit der Cürette entfernt; das mikroskopische Präparat zeigte typische Hornbildung.

G. Holmgren zeigte einen Fall von Cancer pharyngo-laryngis; der 40jährige Mann war wegen Heiserkeit und Schluckbeschwerden seit 6 Wochen anderswo local und mit Jodkali behandelt worden. Die Untersuchung zeigte einen ulcerirten Tumor, der den ganzen Introitus laryngis umfassend tief in die Pharynxwand und Basis linguae mit Abstossung der entsprechenden Epiglottishälfte sich erstreckte; die Probeexcision zeigte Cancer.

G. Holmgren zeigte einen Fall von congenitaler Plicabildung in dem oberen Rande der beiden Choanen bei einem Manne.

N. Arnoldson demonstrirte zwei Fälle von operirter Pansinusitis; bei einer 30jährigen Frau war das Siebbein endonasal ausgeräumt, die Kieferhöhle endonasal trepanirt nach Resection der vorderen Hälfte der unteren Muschel, das Ostium sphenoidale erweitert und die Stirnhöhle nach Killian operirt worden; subjective Beschwerden (Kopfschmerzen) vollständig verschwunden; mit Ausnahme von unbedeutender Secretion der Kieferhöhle war der Erfolg objectiv tadellos. Der zweite Fall betraf eine 50jährige Frau, die an doppelseitiger, acuter Pansinusitis mit Perforation des Margo supraorbital. sin. mit Orbitalödem (Exophthalmus, Chemosis und Diplopie) litt. Sämmtliche Nebenhöhlen wurden von aussen eröffnet und die beiden Siebbeinlabyrinthe ausgeräumt; Heilung in 3 Wochen.

G. Holmgren sprach über die Radicaloperation des chronischen Stirnhöhlenempyems nach Killian und Ritter aus Anlass dreier eigener Fälle, von denen zwei demonstrirt wurden.

E. Stangenberg zeigte einen Fall von chronischer Stirnhöhleneiterung, mit gutem Erfolge nach Killian operirt.

E. Weinberg berichtet über einen Fall von congenitaler Lues mit eigenthümlichen nasalen Veränderungen.

G. Holmgren referirte über einen Fall von Fibroma laryngis polyposum bei einem 35jährigen Manne und zeigte mikroskopische Schnitte davon; der Tumor ging von der Grenze zwischen dem Stimmband und Ventriculi Morgagni aus.

G. Holmgren zeigt einen Speichelstein vom Ductus submaxillaris bei einem 70jährigen Mann.

V. Rosen und G. Holmgren berichteten über einen Fall von Fremdkörper (Kern einer Zwetsche) in der Trachea bei einem 8jährigen Mädchen, der $3^1/_2$ Tage nach der Aspiration durch das Bronchoskop entfernt wurde.

E. Stangenberg.

IV. Briefkasten.

Personalnachricht.

Unser Mitarbeiter, Dr. J. Katzenstein, ist von der medicinischen Facultät der Universität Berlin als Privatdocent für Laryngologie zugelassen worden.

Das goldene Doctorjubiläum Bernhard Fränkel's.

Die 50. Wiederkehr des Tages, an dem er auf Grund seiner Dissertation: „Nonnulla de perityphlitide cum viso reperto" den Doctorhut erwarb, brachte für Bernhard Fränkel eine Fülle von Ehren und Sympathiebezeugungen. Körperschaften und Behörden, Schüler, Freunde und Patienten wetteiferten darin, dem Jubilar ihre Anerkennung, Verehrung und Dankbarkeit auszudrücken.

Ganz früh am Tage bereits erschien im Auftrage des durch dringende Amtsgeschäfte persönlich verhinderten Kultusministers Ministerialdirector Naumann in Begleitung des Geheimrath Elster, um dem Jubilar die Glückwünsche seiner vorgesetzten Behörde zu überbringen. Im Verlauf seiner Ansprache gab der Ministerialdirector eine Zusicherung, die wohl das schönste Geschenk war, das an diesem Tage dem unermüdlichen Vorkämpfer für die Selbstständigkeit der Laryngologie gemacht werden konnte. Er rühmte es nämlich als Fränkel's Verdienst, die Laryngologie zu einem selbstständigen Lehrfach gemacht zu haben, und fuhr dann ungefähr wörtlich fort: „Was an mir liegt, soll geschehen, um der Laryngologie bei uns ihre Selbstständigkeit zu erhalten, wenn auch einmal an einer kleinen Universität aus äusseren Gründen eine Personalunion eingegangen werden muss". Am Schluss der Ansprache überreichte der Ministerialdirector dem Jubilar die ihm vom Kaiser verliehene Auszeichnung: den rothen Adlerorden II. Klasse mit der Jahreszahl 50. Auch die Kaiserin liess durch ihren Kammerherrn von dem Knesebeck ihre Glückwünsche aussprechen.

Die Berliner Laryngologische Gesellschaft liess durch eine Deputation ihres Vorstandes, geführt von Paul Heymann, eine Adresse überreichen und die Verleihung der höchsten Würde ankündigen, die sie zu vergeben im Stande ist, des Ehrenpräsidiums.

Für die Berliner Medicinische Gesellschaft und den Verein für innere Medicin, die beide Fränkel unter ihre Ehrenmitglieder zählen, erschienen deren derzeitige Vorsitzende Orth resp. Kraus. Die Glückwünsche des wissenschaftlichen Senats der Universität Berlin überbrachte in Abwesenheit des Rectors Prof. Stumpf. Sodann erschien der Decan der medicinischen Facultät, Oscar Hertwig, und überreichte das erneuerte Doctordiplom.



Die umfassende und segensreiche Thätigkeit, die **Fränkel** im Kampf gegen die Tuberculose als Volkskrankheit entwickelt, wurde rühmend hervorgehoben von den Deputationen der „Internationalen Vereinigung gegen die Tuberculose“ und des „Deutschen Centralcomités zur Bekämpfung der Tuberculose“.

Unzählige kostbare Blumenarrangements trafen fortwährend ein und erfüllten schliesslich die ganze Wohnung. Die Zahl der eingelaufenen Glückwunschdepeschen betrug viele hunderte.

Allerseits wurde die Frische und unverwüstliche Munterkeit bewundert, womit der Jubilar, der es sich nicht hatte nehmen lassen, auch an diesem Tage seiner Pflicht als akademischer Lehrer zu genügen, und, von stürmischem Beifall seiner Hörer begrüsst, seine klinische Vorlesung gehalten hatte, bis tief in die Nacht hinein den Anforderungen dieses an Beweisen der Verehrung und Liebe, aber auch an Strapazen so reichen Tages standhielt. G. F.

Carlo Labus †.

Die italienischen Laryngologen beklagen das Hinscheiden ihres Nestor. **Carlo Labus**, der in Mailand an einer acuten Perityphlitis gestorben ist, war der erste und blieb Jahre lang der einzige in Italien, der mit der Laryngoskopie vertraut war. Im Jahre 1876 wurde auf sein Betreiben eine laryngologische Section beim Congresso medico nazionale eingerichtet und wenige Jahre später übernahm er die Leitung des Ambulatoriums für Halskranke am Ospedale maggiore in Mailand.

Im Jahre 1870 trat auf **Labus'** Initiative der erste Internationale Congress für Laryngologie in Mailand zusammen, dessen Vorsitz ihm übertragen wurde und von dessen ernster und erfolgreicher Arbeit der stattliche Band mit den Verhandlungsberichten Zeugniss ablegt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, September. 1909. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) A. A. Coolidge. **Neuere Fortschritte in der Laryngologie. (Recent progress in Laryngology.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 23. April 1908.*

Es werden besprochen: die Function der Tonsillen, Tonsillectomie; Aetiologie des Erysipel; der congenitale Kehlkopfstridor; die Thymusdrüse und die Bronchoskopie.

EMIL MAYER.

2) Svante Arrhenius (Stockholm). **Immunochemie. Anwendungen der physikalischen Chemie auf die Lehre von den physiologischen Antikörpern.** (Uebersetzung von A. Finkelstein.) *Leipzig, Academ. Verlagsges. 1907.*

Ueber die Beziehungen der Toxine und die Antitoxine sind zwischen Arrhenius und Ehrlich Streitfragen entstanden, die hauptsächlich darin gipfeln, dass Ehrlich hierfür physiologische Erklärungen giebt, während ersterer zeigen will, dass die Gesetze der physikalischen Chemie auch auf die Reaction der verschiedenen bei der Immunisirung entstehenden Substanzen angewendet werden können. Das Buch giebt eine gute Uebersicht über die Untersuchungen und Anschauungen des bekannten Forschers, welche uns durch die Uebersetzung von Finkelstein zugänglich geworden sind.

SEIFERT.

3) R. W. Allen. **Die allgemeine Erkältung; ihre Pathologie und Behandlung. (The common cold; its pathology and treatment.)** *Lancet. 28. November und 5. December 1908.*

Eine sehr interessante Arbeit, deren Lectüre anzuempfehlen ist. Verf. definirt eine Erkältung als „eine locale Entzündung irgend eines Theiles des Respirationstractus, von der Mundhöhle und dem Naseneingang bis zur Bifurcation der Bronchien, nebst den dazu gehörigen Nebenhöhlen“. Die Hauptpunkte sind folgende:

1. Es giebt fünf Organismen, die im Stande sind, einen acuten Nasenkatarrh hervorzubringen: der Influenzabacillus, der Bacillus septus, der Friedländer'sche Bacillus, der Micrococcus catarrhalis, der Micrococcus paratetragenus.



2. Diese Organismen können bei einem gewissen Procentsatz von solchen Fällen sich finden, die keine pathologischen Erscheinungen darbieten; vermehrte Virulenz und verminderte Gewebsresistenz können ihre Activität anfachen.

3. Jeder Organismus bringt seinen besonderen Typus von Erkältung hervor und eine Differentialdiagnose ist aus einer Betrachtung der klinischen Erscheinungen möglich. Dies ist schwieriger, wenn es sich um eine multiple Infection handelt.

4. Die differentielle Diagnose ist von erheblichem Werth sowohl für Prognose wie Behandlung.

5. Chronischer Nasenkatarrh ist wahrscheinlich stets auf Infection durch den Friedländer'schen Bacillus zurückzuführen; chronischer Trachealkatarrh durch den Micrococcus cartarrhalis oder Micrococcus paratetragenus, wozu dann noch secundäre Infection mit Staphylokokken, Streptokokken und anderen pathogenen Mikroorganismen hinzukommen kann.

6. Für die Infection ist wahrscheinlich localer Mangel an Opsoninen und für die Heilung eine Zunahme der Opsonine nothwendige Bedingung.

7. Durch Injectionen der entsprechenden bakteriellen Vaccine kann eine durch irgend welchen Organismus hervorgerufene Erkältung erheblich abgekürzt und wahrscheinlich Complicationen vorgebeugt werden.

8. In ähnlicher Weise können chronische Infectionen zur Heilung kommen.

9. Durch Injectionen der Vaccine der verschiedenen Organismen, die in geeigneten Dosen und Zeiträumen injicirt werden, kann eine Immunität gegen künftige Erkältungen bewirkt werden. Bei Individuen, die sehr anfällig sind und bei jeder Epidemie erkranken, besteht das beste Mittel darin, sie in 4—6 monatigen Intervallen gegen alle „Erkältungsorganismen“ oder gegen die für die betreffenden Epidemien in Frage kommenden Organismen zu immunisiren.

ADOLPH BRONNER.

4) **David C. Hilton. Die mechanischen Factoren bei der Erkältung und ihre therapeutischen Deutungen. (The mechanical factors in cold taking and their therapeutic interpretations.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Der Mechanismus besteht darin, dass bei gleichzeitiger Verlegung beider Nasenhälften während des Inspirationsactes momentan ein negativer Druck nächst der Verlegungsstelle entsteht. Die rhythmische Wiederkehr dieser Luftverdünnung hat zur Folge: Passive Hyperämie, Schwellung der Weichtheile und Hyperplasie, was zu weiterer Verlegung und gesteigerter Prädisposition für Erkältungen führt.

Die Therapie muss darauf bedacht sein, die Durchgängigkeit der Nase wieder herzustellen. Verf. lässt die verschiedenen diesem Zweck dienenden Methoden Revue passiren.

EMIL MAYER.

5) **Robert Curtis Brown. Einige Factoren in der Aetiologie der allgemeinen Erkältung. (Some factors in the etiology of a common cold.)** *N. Y. Medical Record. 6. Februar 1909.*

Verf. sieht das wesentliche Moment für die Entstehung einer Erkältung in

vasomotorischen Vorgängen; den Mikroorganismen weist er dabei nur eine secundäre Rolle zu. LEFFERTS.

6) **George W. Stiles. Influenza; ihre Diagnose vom morphologischen Standpunkt in gefärbten Sputumpräparaten. (Influenza; its diagnosis from a morphological standpoint in stained specimens of sputum.)** *N. Y. Medical Record. 4. Juli 1908.*

St. kommt auf Grund von 100 Beobachtungen zu dem Schluss, dass mikroskopische Sputumuntersuchungen in den Fällen, die allgemeine respiratorische Symptome zeigen, durchaus nothwendig sind, da durch diese erst die Diagnose sicher gestellt werde. LEFFERTS.

7) **James W. Dumm. Die Grippe und ihre Complicationen. (La Grippe and its complications.)** *Illinois Medical Journal. März 1909.*

Als diagnsotisches Zeichen für Grippe bezeichnet Verf. das Vorhandensein eines rothen Streifens auf der Vorderfläche des weichen Gaumens, ungefähr von der Form eines Regenbogens, der durch die Basis der Uvula unterbrochen wird. Es besteht eine körnige Beschaffenheit des weichen Gaumens; die Körnchen springen als kleine weissliche Hervorragungen hervor. Es besteht auch Schwellung der Zungenpapillen, besonders an der Spitze. EMIL MAYER.

8) **Henry Glover Langworthy. Halskrankheiten bei Kindern. (Throat diseases in children.)** *Illinois Medical Journal. März 1909.*

Verf. bespricht — abgesehen von den exanthematischen Krankheiten — folgende Halsaffectionen: Rhinitis, Adenoide, acute Pharyngitis, Retropharyngealabscess und Peritonsillarabscess. EMIL MAYER

9) **R. E. Humphrey. Klinische Beobachtungen und Sectionsbefunde beim Status lymphaticus. (Clinical and post mortem observations on the status lymphaticus.)** *Lancet. 26. December 1908.*

Bericht über 5 Fälle mit Sectionsergebniss. Ein Kind starb während der Entfernung der Tonsillen unter Chloroform. Zwei waren congenitale Imbecille; zwei litten an epileptischen Anfällen. Alle starben plötzlich. Verf. glaubt nicht, dass Aethylchlorid in geeigneter Form der Anwendung gefährlicher sei, als andere Anaesthetica. ADOLPH BRONNER.

10) **John Macintyre** (Glasgow). **Neue Methoden zur Untersuchung von Nase und Hals. (Recent methods of examination of the nose and throat.)** *Glasgow Medical Journal. März 1909.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Verbesserung, die allmählich in der Technik der Untersuchung der oberen Luftwege Platz gegriffen hat. Die Arbeit kann als werthvoller historischer Beitrag gelten. A. LOGAN TURNER.

11) **v. Dungern** und **Werner** (Heidelberg). **Das Wesen der bösartigen Geschwülste.** *Leipzig, Medicinische Verlagsanstalt. 1907.*

Die biologische Studie stammt aus dem Institute für Krebsforschung in Heidelberg; sie bringt eine Zusammenstellung alles dessen, was man über das

Wesen der Tumoren, besonders der malignen, weiss. Von besonderem Interesse sind die Ansichten, welche die Verff. selbst über das Wesen und die Ursache der malignen Geschwülste sich gebildet haben. Bei der grossen Bedeutung, welche auch auf rhino-laryngologischem Gebiete den bösartigen Geschwülsten zukommt, werden auch die Fachgenossen mit dem Studium der wichtigen Ausführungen der Verff. sich zu befassen haben. SEIFERT.

12) **E. S. Tudd. Die Behandlung von Carcinom des Gesichts, Kopf und Hals. (The treatment of cancer of the face, head and neck.)** *The St. Paul Medical Journal. März 1909.*

Verf. hält besonders bei den Carcinomen der Mundhöhle eine Operation in zwei Zeiten für vortheilhaft, wobei in der ersten Sitzung die Drüsen ausgeräumt und in der zweiten das Carcinom entfernt wird. Auf diese Weise wird der Shock verringert und die Gefahr vermieden, dass die freigelegten Gewebe am Halse der Infection von der Mundhöhle aus ausgesetzt werden. EMIL MAYER.

13) **de Keating-Hart** (Marseille). **Behandlung des Krebses mittelst Fulguration.** (Uebersetzung von Dr. C. Schünemann, Leipzig.) *Academ. Verlagsgesellsch. Leipzig 1908.*

Die Fulguration (ursprünglich vom Autor als Sidération bezeichnet) ist eine elektro-chirurgische Methode der Krebsbehandlung, die nach ihrem ersten Bekanntwerden auch in Deutschland mannigfach nachgeprüft wurde. Nach dieser Methode, die näher beschrieben wird, sind eine Reihe von Krebsfällen mit theilweise überraschendem gutem Erfolge behandelt worden, wie die durch Abbildungen illustrirten Krankengeschichten erweisen. Ueber Dauererfolge scheint Keating-Hart noch nicht zu einem Urtheil gelangt zu sein. SEIFERT.

14) **Neideck** (Limbach). **Das Ergebniss der Behandlung einer kleinen Geschwulst, vermuthlich eines minimalen Hautkrebses, mit Röntgenstrahlen.** *Med. Klinik. 23. 1909.*

Es scheint, dass der Autor die tiefgehenden Zerstörungen der äusseren Nase der häufigen Röntgenbestrahlung zuzuschreiben geneigt ist. SEIFERT.

15) **Th. Gluck. Vorschläge und casuistischer Beitrag zur Chirurgie der oberen Luft- und Speisewege.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete Bd. I. Heft 6. 1909.*

Der um die Laryngochirurgie verdiente Chirurg wahrt zunächst mit Recht seine unbestreitbare Priorität in der Frage der Laryngostomie bei laryngealen und laryngotrachealen Stenosen. Sodann theilt Verf. einen Fall mit, bei welchem ein ausgedehnter nekrotischer Knorpelprocess am Larynx nach totaler Laryngofissur mit consecutiver Sequestrotomie zur Mittheilung kam. Verf. betont, dass viele ähnliche Fälle von Perichondritis laryngea mit Nekrose und Oedem an Stelle der Tracheotomie und Incision vorhandener Infiltrationen besser mit probatorischer totaler Laryngofissur behandelt werden. Dieser Modus procedendi giebt die beste Aussicht, den Krankheitsherd freizulegen und ihn nach allgemein chirurgischen Principien zu eliminiren. Zum Schluss berichtet Gluck noch über eine mit Erfolg

wegen Carcinom ausgeführte Resection der oberen Luft- und Speisewege. Der Fall betrifft wohl die ausgedehnteste Operation, welche je im Bereich dieser Organe vorgenommen wurde.

OPPIKOFER.

16) **Henry H. Pelton. Die Vermeidung von Blutungen während Operationen an Nase und Hals. (The prevention of hemorrhage during operations upon the nose and throat.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Ref. meint, die innerliche Darreichung von Calciumlactat in kleinen Dosen 24—48 Stunden vor der Operation sei eines Versuches Werth; aus den wenigen Fällen, die er mittheilt, scheint hervorzugehen, dass die Neigung zu Blutungen dadurch herabgesetzt wird.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **Jurasz. Ueber die physiologische Thätigkeit der Nasenhöhlen als Respirationstractus. (O fisyologicznej czynnosci jam nosowych jako przewodu oddechewejo.)** *Tygodnik Lekarski. No. 1. 1909.*

Verf. bespricht eingehend die physiologische Wirkung der Nasenhöhlen im Verhältniss zur eingeathmeten Luft und zwar:

1. in Hinsicht der Erwärmung der Luft durch die Nasenhöhlen,
2. Sättigung durch Dampf,
3. Reinigung der Luft von Staub und Fremdkörpern,
4. Entfernung und Verhütung von gefährlichen Gasen, welche der Luft beigemischt sind.

Am Schlusse dieser fesselnden Betrachtungen bemerkt Verfasser, dass der Rhinologe das Princip befolgen soll, womöglich die Nasenorgane bei verschiedenen therapeutischen und chirurgischen Eingriffen zu schonen.

A. v. SOKOLOWSKI.

18) **A. Kuttner** (Berlin). **Die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase und das Röntgenverfahren. Entgegnung auf den Aufsatz des Herrn Dr. I. Herzfeld.**

19) **J. Herzfeld** (Berlin). **Bemerkungen zu vorstehendem Aufsatze des Herrn Prof. A. Kuttner.** *Beiträge zur Anatomie, Phys., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 2. S. 346 u. 650. 1909.*

Kuttner vertritt den Standpunkt, dass H. den Werth des Röntgenverfahrens bei der Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen zu gering taxire.

Herzfeld dagegen glaubt, dass K. den Werth der X-Strahlen überschätzt. Das Röntgenbild führt leicht zu irrigen Schlüssen, und es soll deshalb in allen Fällen stets die klinische Untersuchung entscheiden.

OPPIKOFER.

20) **J. van der Hoeve** (Utrecht). **Erkrankung des Gesichtsnerven bei Entzündung der Nasennebenhöhlen. (Ziekte van de gezichtszenuw bij ontsteking der neusbijholten.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1089. 1909.*

Verf. betont die Bedeutung der Gesichtsfelduntersuchung bei rhinogenen Opticusneuritiden. Birch-Hirschfeld und Paunz beschreiben ein absolutes

und relatives Skotom als initiales Symptom. Oft fehlen Nasenbeschwerden vollständig.

Verf. theilt die ausführliche Krankengeschichte eines 24jährigen Patienten mit, dessen beide Augen im Mai noch gut functionirten. Im December wurde zufällig entdeckt, dass das linke Auge schlecht sah. Gesichtsschärfe $^3/_{60}$ bei excentrischer Fixation; Schmiercur, Salicylcur ohne Erfolg. Dann wurde Professor Snellen jr. consultirt, der bei Exclusion sonstiger Momente die Wahrscheinlichkeitsdiagnose rhinogener retrobulbärer Neuritis feststellte. Die Nase wurde am 27. Januar von Quix untersucht, der Schwellung der linken mittleren Muschel und schleimiges Secret in der linken Riechspalte feststellte. Die Gesichtsschärfe war links $^3/_{60}$ excentrisch, rechts gut $^1/_2$. Auf dem linken Auge centrales Skotom für sämmtliche Farben, welches den blinden Fleck einschliesst. Am rechten Auge kein centrales Skotom; der blinde Fleck ist für weiss normal, zeigt sich aber für grün, blau, roth und gelb um das Zweifache vergrössert. Am selben Tage wird nach Conchotomia media die Keilbeinhöhle und die hintere Siebbeinzelle links eröffnet und die ödematöse Schleimhaut so viel wie möglich abgetragen. In der Siebbeinzelle ein wenig Schleimeiter. Das linke Auge zeigt p. o. nur wenig Besserung; die Gesichtsschärfe hebt sich von $^3/_{60}$ auf $^4/_{60}$; Skotome unverändert. Die Erkrankung am rechten Auge schreitet aber fort; das Skotom am blinden Fleck vergrössert sich, es entsteht ein centrales Skotom; die Gesichtsschärfe sinkt auf $^1/_6$ herab (1. Februar). Am 2. Februar wird auch die rechte Keilbeinhöhle eröffnet; die Schleimhaut ist verdickt; kein Eiter. Nasenspülungen und Mentholinhalationen. Am 3. Februar sind die bis dahin unverändert gebliebenen Skotome links plötzlich bedeutend kleiner geworden. Vom 4. Februar nehmen auch die rechtsseitigen Skotome ab. Die Gesichtsschärfe hebt sich rechts bis $^1/_2$; das Lesen gelingt aber nicht in Folge noch bestehenden Skotoms (12. Febr.). Linkes Auge unverändert. 25. Februar: Das günstige Resultat rechts hat sich nicht behauptet, die Skotome haben sich wieder bedeutend vergrössert.

Wahrscheinlich gehört dieser Fall zu denjenigen Onodi's, in welchen die rechte Keilbeinhöhle mit beiden Gesichtsnerven in Beziehung steht. Das Wiederverschwinden des anfänglichen Erfolges erklärt Verf. dadurch, dass vor der Operation bereits deutliche Zeichen des maculopapillären Bündels bestanden. Verf. weist darauf hin, dass in seinem Falle vor der Anwesenheit eines centralen Skotoms ein anderes Symptom bereits bestand: die Vergrösserung des blinden Fleckes für Farben.

H. BURGER.

21) **J. Némai** (Budapest). **Die Entzündung der Nasennebenhöhlen.** *Budapesti orvosi ujság. No. 6. 1909. Beilage.*

Die Zahl der in Krankenjournalen notirten Fälle von Nebenhöhlenempyemen soll nach Verf. grösser sein, als es der Thatsache entspricht. Heutzutage werden Empyeme gesucht und selbst gefunden und operirt auch bei solchen Kranken, wo keine Empyeme vorhanden waren. Verf. verurtheilt die Polypragmasie, welche er an verschiedenen Orten beobachtet hat, und spricht sich als Anhänger der conservativen Richtung aus; als solcher will er Versuche mit der Sondermann'schen Saugmethode anstellen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

22) **Chiari** (Wien). **Zur Diagnose der Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Med. Klinik. 5. 1909.*

Die Ausführungen von Chiari sind für den praktischen Arzt, weniger für die Specialisten bestimmt; es wird die Diagnose der Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase nur insoweit besprochen, als sie mit jenen Hülfsmitteln durchzuführen ist, welche dem allgemeinen Praktiker zur Verfügung stehen. SEIFERT.

23) **Réthi** (Wien). **Amblyopie infolge von Nebenhöhleneiterungen der Nase.** *Wiener med. Wochenschr. No. 19. 1908.*

An der Hand zweier Fälle, in denen keine Dislocation des Bulbus, keine Schwellung der Lider etc. bestand, jedoch eine rasch zunehmende Sehstörung sich einstellte, konnte die Ursache in einer Nebenhöhleneiterung gefunden und behoben werden. Hinweis auf die Nothwendigkeit einer diesbezüglichen exacten Untersuchung in Fällen, in denen auch keine äusserlich wahrnehmbaren Veränderungen des Auges bestehen. HANSZEL.

24) **T. Della Vedova. Die Initialperiode in der Entwicklung der Oberkieferhöhle. (Il periode iniziale nelle sviluppo del seno mascellare.)** *La Pratica oto-rino-laringojatrica. I. 1908.*

In Ergänzung früherer Mittheilungen theilt Verf. mit, dass bei einem 30 mm langen menschlichen Embryo, dessen Alter auf 8 Wochen geschätzt wird, und bei einem 34 mm langen (9 Wochen alten) er bereits die Anlage einer Oberkieferhöhle gesehen habe, ebenso wie er es für einen 38 mm langen Embryo bereits beschrieben hatte. Die Anlage der Oberkieferhöhle würde also viel früher vorhanden sein, als man im Allgemeinen annimmt, nämlich zwischen Ende des zweiten und Anfang des dritten Monats. FINDER.

25) **H. Henrici** (Aachen). **Der Werth der Röntgenaufnahmen zum Nachweis von Zahnwurzelerkrankungen beim Kieferhöhlenempyem.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 7. 1909.*

Bei Kieferhöhleneiterungen, bei denen ein dentaler Ursprung vermuthet wird, sollte regelmässig eine Röntgenaufnahme der verdächtigen Zahnwurzeln vorgenommen werden. 3 Krankengeschichten und 4 Röntgenbilder.

Die zweckmässigste Methode der Zahnaufnahmen ist diejenige von Sjögren angegebene (Fortschr. a. d. G. d. Röntgenstrahlen. Bd. 3. Heft 1).

OPPIKOFER.

26) **J. S. Kyle. Einige Punkte in der Behandlung der Oberkieferhöhlenerkrankung dentalen Ursprungs. (Points in the treatment of maxillary antrum disease of dental origin.)** *Journal Ophthalmology, Otology and Laryngology. Februar 1908.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

27) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Zur Aufdeckung der Regio respiratoria.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde etc. Heft 9. 1908.*

Löwe prätendiert, dass bei Freilegung der Regio respiratoria vom Munde her bei gesunder Kieferhöhle deren faciale Knochenwand erhalten werde und beschreibt

eingehend seine „Technik der Aufdeckung der Regio respiratoria vom Munde her mit Erhaltung der facialen Kieferhöhlenwand“, bezüglich deren Details, die eine Modification seines und des Denker'schen Verfahrens darstellen, auf das Original verwiesen werden muss.

HECHT.

28) **Aenstoots** (Köln a. Rh.). **Die Radicaloperation des chronischen Kieferhöhlenempyems.** *Münchener med. Wochenschr. No. 16. 1909.*

Autor empfiehlt die Dreesmann'sche Methode, die durch Wegnahme der hinteren Kieferhöhlenwand eine Verkleinerung der Höhle insofern anstrebt, als das Fettgewebe der Flügeloberkiefergrube in die Kieferhöhle vordringen und damit die Höhle verkleinern kann. Die auf diese Weise verkleinerte Höhle kommt dann durch den aus der Nase herübergeklappten Schleimhautlappen rasch zur Epithelisirung und Ausheilung. Mittheilung eines auf diese Weise geheilten, durch Augencomplication besonders interessanten Falles, der als zwölfter auf diese Weise operirter Fall des Kölner St. Vinzenz-Hospitales zur Heilung kam. Bezüglich Details und Technik sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

29) **Aris Garcia** (Mallorca). **Ein Fall von Oberkieferempyem nach der Methode von Claoué operirt. (Un caso de sinusitis maxillar operado por il procedimiento de Claoué.)** *Revista balear de ciencias médicas. April 1907.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.

30) **A. Onodi** (Budapest). **Alveoläre Cysten der Kieferhöhle.** *Orvosi Hetilap. No. 19. 1909.*

Vier Präparate und ein in vivo beobachteter Fall werden in dem Artikel beschrieben. Im letzteren Falle hat O. in Gesellschaft mit noch Jemandem, dessen Name in der Publication nicht erwähnt ist, die Radicaloperation gemacht.

v. NAVRATIL-POLYAK.

31) **John D. Mc Reynolds. Retention eines 1 cm dicken und 4 cm langen eisernen Bolzens in der Oberkieferhöhle während vier Jahren ohne erhebliche unangenehme Symptome. (Retention in the maxillary antrum of an iron bolt three-eighths of an inch in thickness and one and five eighths inches in length for period of four years without important unpleasant symptoms.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

32) **R. Falcone. Directe lymphatische Communicationen zwischen der periencephalischen Höhlen und der Stirnhöhlenschleimhaut. (Communicazioni linfatiche dirette fra lo cavità periencefalicho e la mucosa del seno frontale.)** *Il Tommasi. No. 24. 1907.*

In der Stirnhöhlenschleimhaut findet sich ein deutlich nachweisbares Lymphnetz, das — wenigstens beim Hunde — eigene Wandungen hat. Man kann dieses Lymphnetz vom Subduralraum aus durch eine Injection ausfüllen, was leicht gelingt, oder auch vom Subarachnoidalraum aus. Die Injectionsmasse gelangt auf direkten Wegen in das Lymphnetz der Stirnhöhle und nicht durch das Lymphnetz der Nasenschleimhaut oder durch die Lamina cribrosa. Man kann in dem

Knochen der Hinterwand der Stirnhöhle die mit Injectionsmasse gefüllten Lymphwege nachweisen, so dass damit der evidente Beweis der transostealen lymphatischen Communication zwischen Schädelhöhle und Sinus frontalis gegeben ist.

FINDER.

33) **Martin Cohen. Vier Stirnhöhlen. (Four frontal sinuses.)** *Journal American Medical Association. 6. Juni 1908.*

An dem Schädel, der in anderer Hinsicht keine anatomischen Abweichungen aufwies, waren auf jeder Seite des Septum zwei Stirnhöhlen vorhanden, eine hinter der anderen, jede mit einem deutlichen und besonderen Ductus naso-frontalis, der in den mittleren Nasengang führte. Ein vollständiges knöchernes Septum trennte jederseits die Sinus.

EMIL MAYER.

34) **R. H. Johnston. Einige persönliche Erfahrungen über Stirnhöhlenerkrankung. (Some personal experience with frontal sinus disease.)** *American Medicine. November 1907.*

Verf. plädirt dafür, zunächst die intranasale Behandlung zu versuchen. Nichts Neues.

EMIL MAYER.

35) **Brown J. Price. Bemerkungen betreffend zwei ungewöhnliche Fälle von Stirnhöhlenerkrankung. (Notes upon two unusual frontal sinus cases.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Confr. Verhandlungen der American Laryngological Association. Montreal Juni 1908.

EMIL MAYER.

36) **A. Onodi** (Budapest). **Mit meningealen Symptomen verlaufener Fall von acuter Stirnhöhlenentzündung.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Der 25 Jahre alte Mann litt an heftigen Kopfschmerzen und eitrigem Ausfluss aus der rechten Nase. Am nächsten Tage Krampfanfälle und Schwindel, einmal mit Ohnmacht, deshalb auch Aufnahme in das Spital. Hier wurde heftige Empfindlichkeit der Stirnhöhlengegend, Eiter im mittleren Nasengange, starke Kopfschmerzen, Schwindel, gesteigerte Kniereflexe, Trousseau'sche Linien, Erbrechen und Fieber bis 39° C. beobachtet. Pat. wurde mit Cocain-Pinselungen des mittleren Nasenganges behandelt und geheilt entlassen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

37) **Brühl** (Berlin). **Zur Casuistik der Stirnhöhleneiterungen.** *Zeitschr. für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 637. 1909.*

Die Gefahr der Nebenhöhleneiterungen ist eine bedeutend geringere als die der Ohreiterungen; so hat B. unter ca. 35000 Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten eine grosse Reihe von otogenen intracraniellen Complicationen und Todesfällen, aber nicht einen einzigen Todesfall durch Nebenhöhlenerkrankung gesehen.

Die einzige intracranielle rhinogene Affection, die B. sah, war folgende:

Bei 29jähr. sonst gesunder Frau wurde eine Pneumocele des rechten chronisch eiternden Sinus frontalis constatirt. Bei der Operation zeigte sich eine linsengrosse Durchbruchstelle in der vorderen Stirnhöhlenwand; zudem fehlte die Hinter-

wand der Stirnhöhle in ihrem lateralen Theile und war durch Granulationsgewebe ersetzt. Cerebrale Symptome fehlten. Heilung.

Neben 2 Fällen von Stirn-, Oberkiefer-, Siebbeineiterung mit Perforation in der Lamina papyracea erwähnt B. zum Schluss eine akute Stirnhöhleneiterung, bei der sich unmittelbar im Anschluss an eine Durchblasung der Stirnhöhle ein kurz dauernder Collaps und eine sechzehnstündige völlige beiderseitige Blindheit sich einstellten. Die Blut- und Urinuntersuchung ergab nichts Pathologisches; bei der 8 Tage später vorgenommenen operativen Eröffnung der Stirnhöhle zeigte sich keine Knochenerkrankung und keine Dehiscenz. B. glaubt auch eine hysterische Amaurose ausschliessen zu dürfen und nimmt an, dass die transitorische Blindheit auf eine im Anschluss an den Collaps entstandene Circulationsstörung im Gebiet der hinteren Schädelhälfte zurückzuführen ist.

OPPIKOFER.

38) **A. Onodi** (Budapest). **Durch Stirnhöhlenentzündung verursachte Fälle von Sehstörungen.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Fall I. Kleiner Exophthalmus rechts mit Diplopie, Kopfschmerz, Abnahme der Sehschärfe. Resection des vorderen Endes der mittleren Muschel, Spülungen der Stirnhöhle. Heilung in 8 Wochen.

Fall II. Amaurose des linken Auges. Eiter im mittleren Nasengange. Auf Adrenalin-Cocain-Pinselungen Besserung, später Heilung.

v. NAVRATIL-POLYAK.

39) **A. Logan Turner** (Edinburgh). **Die Orbitalcomplicationen bei Eiterung der Stirnhöhle und Siebbeinzellen. (The orbital complications of suppuration in the frontal and ethmoidal air sinuses.)** *Edinburgh Medical Journal. Mai 1909.*

Verf. giebt einen Ueberblick über seine klinischen Erfahrungen auf diesem Gebiet. Er gruppirt seine neun Fälle in drei Rubriken: 1. Fälle von Oedem der oberen und unteren Augenlider. 2. Fälle von subperiostalem Orbitalabscess. 3. Fälle, in denen der ganze Orbitalinhalt erkrankt war.

Diese Fälle kommen sowohl bei acuten, wie chronischen Nebenhöhleneiterungen vor. In der letzteren Kategorie trifft man häufiger Zerstörungen der knöchernen Höhlenwandungen. In Bezug auf die Behandlung empfiehlt Verf. stets die Operation von aussen.

AUTOREFERAT.

40) **Albert Jansen** (Berlin). **Die operative Behandlung der Stirnhöhleneiterung. (The operative treatment of suppuration of the frontal sinus.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Verf. wendet die verschiedenen Methoden nach folgenden Indicationen an:

1. Bei kleinen Kindern und bei Erwachsenen mit sehr kleiner Höhle, wo keine plastischen Massnahmen nothwendig sind, wird die vordere und untere Wand einschliesslich des Supraorbitalrandes entfernt; dies ist das viele Jahre lang vom Verf. bevorzugte alte Verfahren.

2. Bei grösseren Kindern und bei Erwachsenen mit etwas grösseren Höhlen wird ein vorderer osteoplastischer Lappen gebildet.

3. Sind die Höhlen noch grösser, so wird nach Killian eine Spange ge-

bildet, die vordere und untere Wand entfernt, und, wenn nöthig, die Höhle mit einem Stück Paraffin ausgefüllt.

4. Ist die Höhle ziemlich gross, so wird sowohl der vordere osteoplastische Lappen wie die Spange gebildet. Dies ist die Standardoperation des Verf.'s seit 1904.

5. Ist der primäre Verschluss, sowie die Bildung einer festen Brücke nicht möglich, z. B. bei endocranialen Abscessen, oder bei Phlegmonen oder wenn die Operation so schnell wie möglich ausgeführt werden muss (z. B. bei Herzschwäche), dann werden zwei osteoplastische Lappen gebildet, ein vorderer und ein marginaler. Dieselbe Methode ist angezeigt, wenn die Erfahrung des Operateurs nicht ausreicht, um bei besonderen anatomischen Verhältnissen der Schwierigkeiten Herr zu werden, die sich der Bildung einer Spange nach Killian entgegenstellen.

EMIL MAYER.

41) **John J. Barnhill. Einige wesentliche chirurgische Principien für die Behandlung des Stirnhöhlenempyems. (Some surgical principles essential to the cure of frontal sinus empyemes.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

Abgesehen von der aseptischen Technik sind folgende Bedingungen zu erfüllen: Völlige Entfernung aller erkrankten eitrigen Theile; Schaffung einer breiten Drainage; die Möglichkeit, dass die erkrankte Höhle mit einer gesunden, nicht eiternden Auskleidung heilt oder durch Granulationsbildung völlig obliterirt.

EMIL MAYER.

42) **A. Onodi** (Budapest). **Eröffnung der Stirnhöhle, Neurectomie des N. supraorbitalis.** *Orvosi Hetilap. No. 20. 1909.*

Mittheilung von zwei Fällen: Im ersten Falle zeigte das Röntgenbild eine Verschleierung der linken Stirnhöhle, daraufhin wurde die Höhle eröffnet und gesund befunden, hierauf der Stamm des N. supraorbitalis hervorgezogen und einige Centimeter Länge entfernt. Die Kopfschmerzen hörten nach der Operation auf.

Im zweiten Falle besserte sich eine Stirnhöhleneiterung nach Resection der mittleren Muschel, nach 2 Monaten traten aber heftige Kopfschmerzen auf. Kein Eiter in der Nase, Röntgenbefund negativ. Docent Manninger führte die Neurectomie des N. supraorbitalis aus und hat bei dieser Gelegenheit auch die Probeeröffnung der Stirnhöhle gemacht, welche gesund befunden wurde.

Die Fälle vermindern einerseits den diagnostischen Werth der Röntgenaufnahmen, andererseits sprechen sie in zweifelhaften oder wahrscheinlichen Fällen nach O. für die Probeeröffnung der Stirnhöhlen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

43) **Botey** (Barcelona). **Traumatische Caries und Nekrose des Unguis, der Siebbeinzellen und des Bodens der rechten Stirnhöhle. Operation. Heilung. (Caries y necrosis traumaticas del unguis, célules etmoidales y cava inferior del seno frontal derecho. Operación; curación.)** *Archivos de oto-rino-laringologie. Mai 1908.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.



44) **Seth-Lindström** (Stockholm). **Ein Instrument zur Eröffnung der Siebbeinzellen von deren natürlichen Oeffnungen aus.** *Mit 3 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Heft 5. 1909.*

Combination des Hajek'schen Siebbeinhakens mit einer entsprechenden Stanze, die es ermöglicht, einzelne Siebbeinzellen bequem unter Controle des Auges zu sondiren und zu eröffnen, und die zu entfernenden Zellwände genau zu dosiren. Das Instrument dient daher auch zu diagnostischen Zwecken — Auffindung isolirter Entzündungsherde im Siebbein. Das nach allen Seiten drehbare Instrument ist in der Arbeit abgebildet, Anwendung und Wirkungsweise beschrieben.

HECHT.

45) **T. A. Gibson. Die Keilbeinhöhle. (The sphenoidal sinus.)** *N. Y. Medical Record. 2. Januar 1909.*

Verf. beschreibt die Anatomie und die Variationen der Keilbeinhöhle, die seiner Ansicht nach zu sehr vernachlässigt wird. Verf. hat 85 Keilbeinhöhlen am menschlichen Schädel untersucht in Bezug auf Lage, Grösse, die durchschnittliche Dicke der Wände, die Beziehungen zu Oberkiefer- und Stirnhöhle, den eventuellen Zusammenhang zwischen weiter hinterer Nasenöffnung und kleiner Keilbeinhöhle und umgekehrt, die vorkommenden Anomalien etc. Er findet keine definitiven Beziehungen zwischen der Grösse der verschiedenen Nebenhöhlen, auch keinen charakteristischen Zusammenhang zwischen der Weite der Choane und der Ausdehnung der Keilbeinhöhle.

Jede Operation vom Nasenrachenraum und von hintenher ist zu verwerfen, da in vielen Fällen der Boden der Höhle sehr dick und die Höhle weit nach vorwärts gelegen ist. Eine bestimmte Regel für die Sondirung der Höhle lässt sich nicht aufstellen. Die kürzeste Distanz von der Spina nasalis anterior zu der hinteren Keilbeinhöhlenwand beträgt 57 mm.

LEFFERTS.

46) **A. v. Gyergyai** (Kolozsvár, Ungarn). **Operirter und geheilter Fall von mit orbitaler Complication verlaufender Keilbeinhöhleneiterung.** *Orvosi Hetilap. No. 2. 1909.*

Frau von 40 Jahren mit mässigem Exophthalmus des linken Auges und Oedem der Lider, welche in diesem Zustande mehr als 4 Monate verblieb, während welcher Zeit sie auch an quälenden Kopfschmerzen litt. Befund vor der Operation: Papillitis intumescens, Exophthalmus und Oedema palpebrarum l. s. Postrhinoskopisch ein Eitertröpfchen in der Gegend des linken Recessus sphenoethmoidalis. Visus $^{6}/_{20}$. Später Resection der mittleren Muschel, Erweiterung der Keilbeinhöhlenöffnung und Entleerung von viel Eiter. Vollständige Heilung nach 6 Wochen.

v. NAVRATIL-POLYAK.

47) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Die Freilegung der Keilbeinhöhle und des darüber gelegenen Abschnittes der basis cerebri vom Rachen aus.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde und Laryngo-Rhinologie. Heft 3. 1909.*

Nach eingehender Besprechung der bisher beschriebenen Methoden zur Freilegung der Keilbeinhöhle und der darüber gelegenen endocraniellen Gebilde, insbesondere der Hypophysis, empfiehlt Löwe als gangbarsten Weg die Freilegung

des Nasenrachenraumes durch Vornahme der Pharyngotomia suprahyoidea. Autor erörtert eingehend die anatomischen Verhältnisse, den Gang der Operation, Technik und Instrumentarium, deren Details sich zu kurzem Referat nicht eignen.

HECHT.

48) **Nobécourt** und **Apterkmann. Adenoide Vegetationen, tracheo-bronchiale Drüsen und Tuberculose. (Végétations adénoides; adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose.)** *Société méd. des hôpitaux de Paris. 19. März 1909.*

Sehr häufig reagiren Kinder mit adenoiden Vegetationen nicht auf die verschiedenen Tuberculinproben. Die tracheo-bronchialen Drüsen sind häufig tuberlöser Natur. Sie kommen oft mit den adenoiden Vegetationen zusammen vor; die Cutanreaction ist ebenso häufig bei Kindern, die beide Affectionen haben, negativ wie bei solchen, die nur an adenoiden Vegetationen leiden. Bei Kindern dagegen, die tracheo-bronchiale Drüsenanschwellung haben, ohne dabei adenoide Vegetationen zu haben, ist sie in 37 pCt. der Fälle negativ.

A. CARTAZ.

49) **Edward John Bero. Einige Typen von Lungenentzündung, die mit Entzündung der adenoiden Wucherungen vergesellschaftet sind. (Some types of pneumonia associated with inflammation of adenoid growths.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1908.*

Dem Verf. sind gewisse Typen von Pneumonie aufgefallen, die mit Entzündungen der adenoiden Wucherungen einhergehen. Das Hauptcharakteristikum sind hohe Temperaturen, die zuerst remittirend und gegen das Ende der Krankheit intermittirend sind. Diese Pneumonien fanden sich bei folgenden Formen: 1. Ohne eitrige Mittelohrentzündung; 2. mit eitriger Mittelohrentzündung, wobei a) die Mittelohraffection in dem Frühstadium der Erkrankung, b) später auftritt.

Die beschriebenen Fälle weisen folgende Merkmale auf:

1. Sehr hohe Temperatur.

2. Die hohe Temperatur entspricht nicht der Schwere der Erkrankung, wie bei anderen Formen der Pneumonie und bedeutet keinen ungünstigen Gang der Krankheit.

3. Die Temperatur wird gegen das Ende der Krankheit intermittirend, so dass man den Eindruck mehrerer Pseudokrisen erhält.

4. Dieselbe charakteristische Temperatur wird in Fällen mit wie ohne Mittelohrcomplicationen beobachtet.

5. Frühzeitige Paracentese des Trommelfells modificirt den Verlauf der Erkrankung nicht.

6. Die Milz ist nicht vergrössert; Malariaplasmodien finden sich nicht: Chinin beeinflusst die intermittirende Temperatur nicht.

8. Die Erkrankung hat einen protrahirten Verlauf.

8. Patient neigt zu Rückfällen von ähnlichem Charakter, wenn die adenoiden Wucherungen nicht entfernt werden.

LEFFERTS.

50) **Bonveau. Ueber die Abtragung der adenoiden Vegetationen im Verlauf von Complicationen seitens derselben. (De l'ablation à chaud des végétations adénoides dans le cours de leurs complications.)** *Gazette médicale du centre. 1. März 1909.*

Entgegen der gewöhnlichen Ansicht vertritt Verf. die Meinung, dass ein

Eingriff in solchen Fällen nicht gefährlich ist. Unter 612 Operationen hat er keine Blutung gehabt.

GONTIER de la ROCHE.

51) **Johann Fein** (Wien). **Bemerkungen zu dem Aufsatz L. Vacher's: „Ablation des végétations adénoïdes. Nouvelle instrumentation. Nouvelle technique." Zur Wahrung der Priorität.** *Mit 1 Fig. Monatsschrift f. Ohrenheilkde. und Laryngo-Rhinologie. Heft 5. 1909.*

Fein nimmt die „Priorität der Angabe des im rechten Winkel nach der Seite hin abgebogenen Adenotoms" für sich in Anspruch und erkennt dem Erfinder des „neuen Instruments nur die Autorschaft für den abgeänderten Handgriff" zu.

HECHT.

52) **J. G. Stubbs. Die Technik der Adenectomie und eine vervollkommnete Curette. (The technique of adenectomy and a perfected curette.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Verf. beschreibt die Technik der Operation, die er in Seitenlage vornimmt; die Wucherung soll, wenn correct operirt wird, mit einem Zuge ganz entfernt werden.

EMIL MAYER.

53) **Otto Freer. Neue Methode zur Abtragung adenoider Wucherungen durch die Nasenhöhlen. (Nouvelle méthode d'ablation de végétations adénoides à travers les fosses nasales.)** *Archives intern. de larnygol. September-October 1906.*

F. operirt mit einer Ingals'schen Zange, die er durch die Nase einführt, und in Allgemeinnarkose. Wir zweifeln, das dies Verfahren, das übrigens nicht neu ist, an die Stelle der klassischen Methode treten wird.

BRINDEL.

54) **C. Chauveau. Synkopeartige Späterscheinungen nach Adenotomie. (Accidents syncopaux tardifs à la suite de l'adénotomie.)** *Arch. intern. de laryngol. November-December 1906.*

Mittheilung zweier Fälle. Die Erscheinungen sind durchaus ähnlich denen, die nach bedeutenden chirurgischen oder anderen Traumen auftreten können.

BRINDEL.

55) **Weinstein** (New-York). **Ueber Schiefhals nach Entfernung der Wucherungen des Nasenrachenraumes.** *Med. Klinik. 19. 1909.*

In zwei Fällen trat einige Tage nach Operation der adenoiden Vegetationen Torticollis auf. Verf. ist der Ansicht, dass Schiefhals nach der Adenotomie öfter vorkommt, als man nach der Literatur annehmen sollte. Prognose günstig.

SEIFERT.

56) **L. Neufeld** (Posen). **Torticollis als Complication der Adenotomie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 480. 1908.*

Verf. hat 3 Fälle beobachtet, bei denen nach Adenotomie ohne besondere Veranlassung Torticollis mit Fieber bis zu 38,5° eine Woche lang auftrat, und zwar im ersten Falle am zweiten Tage, im zweiten Falle am dritten Tage und im dritten Falle am fünften Tage nach der Operation. Die Dauer schwankte zwischen

14 Tagen und 2 Monaten. Jedesmal trat völlige Heilung ein. Schmerzhafte entzündliche tiefergelegene Lymphdrüsen dürften die Ursache der ausgelösten Muskelcontraction sein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER)

c. Mundrachenhöhle.

57) **G. Anselmi. Ueber das Vorhandensein von Knorpelinseln und Epithelperlen in den Tonsillen. (Sulla presenza di noduli cartilaginei e di perle epitheliali nelle tonsille.)** *Neapel. Tipogr. Inglese. 1907.*

Verf. hat eine grosse Menge von Tonsillen von Neugeborenen und Föten in Serienschnitten untersucht. Er kommt zu dem Ergebniss, dass es sich bei den Knorpelinseln nicht um Metaplasien handeln könne, da in den Tonsillen immer nur eine solche Insel sich findet, deren Lage ganz bestimmt ist, nämlich im peritonsillären Gewebe, hinten und oben. Es handelt sich entweder um eine anormale Rückbildung des zweiten Kiemenbogens oder um eine Versprengung des letzteren oder der Tube.

Die Epithelperlen finden sich constant in der Tonsille der Föten und Neugeborenen; sie bilden sich aus den Epithelknospen, aus denen die Schleimdrüsen entstehen.

FINDER.

58) **H. A. Barnes. Einige Punkte in der angewandten Anatomie der Tonsillen. (Some points in the applied anatomy of the tonsils.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 24. September 1908.*

Verf. betrachtet die Krypten und die Kapsel als die wichtigsten Bestandtheile der Tonsille vom pathogischen und chirurgischen Standpunkt. Die Structur der Kapsel, ihre Festigkeit und die Leichtigkeit, mit der sie von den darunter liegenden Geweben getrennt werden kann, machen die Loslösung der Tonsille in der Kapsel zu einer sehr praktischen Operation. Die Gefahr der Blutung ist grösser als bei der Tonsillotomie. Verf. zieht daher vor, den adhärirenden Teil der Tonsille an der unteren Hälfte der Kapsel mit der Schlinge zu lösen.

EMIL MAYER.

59) **G. S. Hett. Ueber die anatomischen Varietäten der Gaumentonsillen und ihre Tragweite für die Behandlung krankhafter Zustände derselben. (On the anatomical varieties and their bearing on the treatment of pathological conditions of the palatine tonsils.)** *Lancet. 13. Februar 1909.*

Eine sehr interessante Arbeit. Verf. beschreibt zunächst die Entwickelung der Tonsille. Bei der Geburt besteht sie aus drei Massen, die durch zwei Furchen getrennt sind. Verf. hat die Tonsillen bei 100 Säugethierspecies untersucht und gefunden, dass sie viele von den Stadien zeigten, die man während ihrer Entwickelung im menschlichen Embryo sehen kann. Er unterscheidet verschiedene Arten von Tonsillen: 1. eingebettete, 2. vorspringende, 3. flache, 4. überhängende, 5. solche mit Vorwiegen der vorderen, mittleren oder hinteren Bestandtheile, 6. mit ausgesprochener Verlängerung auf der Zunge. Die beste Methode ist die Enucleation der Tonsille.

ADOLPH BRONNER.

60) **Jonathan Wright. Die Tonsille vom Evolutionstandpunkt aus. (The tonsil from an evolutionary point of view.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908. N. Y. Medical Journal. 8. August 1908.*

Verf. geht von der Ansicht Brieger's und Goerke's aus, dass die Hypertrophie der Tonsille einen gesteigerten Schutz gegen das Eindringen der unbekannten Keime der Kinderkrankheiten darstelle. Er möchte dies nicht positiv behaupten. Er ist geneigt, die Hyperplasie der Tonsille — nach seinen pathologischen und klinischen Erfahrungen und nach Analogie allgemein-biologischer Grundsätze — unter die Phänomene der organischen Evolution einzureihen. Jedenfalls zielen die Ergebnisse aller Betrachtungen dahin, dass die Function der Tonsille als ein Schutz gegen Infection aufzufassen sei. LEFFERTS.

61) **Charles P. Sylvester. Die Tonsillen und ihre Beziehung zur allgemeinen Gesundheit. (The tonsils and their relation to the general health.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908.*

Verf. bespricht die durch das erkrankte lymphatische Gewebe der oberen Luftwege ihren Eingang nehmenden Krankheiten, in erster Reihe den acuten Rheumatismus, der nach St. Clair-Thomson in 30—80 pCt. aller Fälle mit acuter Tonsillitis einsetzt. Eine andere Krankheit, die von den Tonsillen ausgeht, ist das Erythema nodosum. Verf. bespricht dann die Rolle der Tonsillen als Eingangspforte für Tuberkulose, ferner die von den Mandeln ausgehenden Allgemeininfectionen mit Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken. Kretz hat 14 Fälle von tödtlich verlaufender Appendicitis mitgetheilt, die mit acuter Tonsillitis einhergingen oder denen eine solche vorausging. Hierher gehören auch die Todesfälle an acuter Nephritis nach Mandelentzündung bei Kindern. LEFFERTS.

62) **B. H. Orndorff. Prophylaxe als wesentliche Function der Tonsille. (Prophylaxis the essential function of the tonsil.)** *Journal Indiana State Medical Association. März 1908.*

O. betrachtet als Function der Tonsille, frühzeitig eine Immunität gegen Bakterientoxine zu schaffen. Wenn die Bakterien lange genug in den Krypten gewesen sind, um eine wirksame Vaccine hervorzubringen, die dann durch das Lymphserum durch den Körper getragen wird, dann greift für das betreffende Bakterium eine Immunität Platz. Dieser Mikroorganismus wird dann durch die von dem rückkehrenden Lymphstrom mitgeführten bakteriolytischen Stoffe unschädlich gemacht und aus dem Körper entfernt. EMIL MAYER.

63) **A. Iwanoff. Die atypischen Hypertrophien der Mandeln.** *Zeitschrift für Laryngol., Rinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 29. 1909.*

Bei der 27jährigen Patientin war die rechte Gaumenmandel in eine einer compacten Weintraube gleichende Geschwulst umgewandelt, von gräulicher bis schneeweisser Farbe und harter Consistenz. Druck auf die Geschwulst war nicht schmerzhaft. 2 Abbildungen.

Auch die linke Gaumenmandel hatte nicht ein normales Aussehen; sie war leicht vergrössert, von rauher Oberfläche und bestand aus mehreren kleinen Läppchen.

Die Blutuntersuchung ergab ein normales Resultat. Keine Drüsen.

Die grosse Geschwulst der rechten Gaumenmandel, die Schluckbeschwerden bedingt hatte, wurde mit dem Messer entfernt; die Blutung war gering. Mikroskopisch bestand der Tumor ausschliesslich aus lymphatischem Gewebe; Sarkom war sicher auszuschliessen. Es handelte sich somit um eine atypische Hyperplasie der Mandel.

OPPIKOFER.

64) E. Hamilton White. **Ein ungewöhnliches Exemplar von vergrösserter Mandel. (An unusual specimen of tonsillar enlargement.)** *Montreal Medical Journal. Juni 1907.*

Die Tonsille war ungewöhnlich gross; sie mass 3,5 × 2,5 cm und wog 6,5 g; sie war gestielt; Lacunen waren auf der Oberfläche nur sehr wenige sichtbar.

EMIL MAYER.

65) W. H. Roberts. **Der Status lymphaticus nebst besonderer Berücksichtigung der Anästhesie bei Gaumenmandel- und Adenoidoperation. (The status lymphaticus with particular reference to anesthesia in tonsil and adenoid operations.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

1. Man soll bei Kindern mit Vergrösserung der oberflächlichen Lymphdrüsen, Adenoiden oder Zeichen von Rachitis sich stets die Möglichkeit des Status lymphaticus vor Augen halten.

2. Beim Status lymphaticus sind alle Anaesthetica gefährlich, ganz besonders aber Chloroform.

3. Bei allen Operationen an Kindern vermeide man Chloroform.

4. Bei Operationen zur Entfernung von Adenoiden und Gaumenmandeln ist Aether das sicherste Narcoticum.

EMIL MAYER.

66) John Mc. Coy. **Demonstration eines neuen Instruments zur Trennung von Mandel und Gaumenbogen. (Exhibition of new tonsil and pillar separator.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Beschreibung des Instruments.

EMIL MAYER.

67) Lange (Kopenhagen). **Fragmentarische klinische Betrachtungen über die Tonsillar- und Peritonsillarabscesse.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 707. 1909.*

Nach eingehender Schilderung der bekannten Krankheitsbilder kommt L. auf die Therapie zu sprechen. Findet er bei Einschnitt in den vorderen Gaumenbogen den Peritonsillarabscess nicht, dann hält er es für zweckmässig, von der medianen Seite her mit einem winklig abgebogenen Instrument einzugehen.

Den peritonsillitischen Abscess von der medianen Seite aufzusuchen, beschreibt L. als scheinbar neues Verfahren.

OPPIKOFER.

68) H. Lagarrigue. **Die Peritonsillitis beim Säugling. (Amygdalite phlegmoneuse chez le nourrisson.)** *Dissert Paris 1908.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Peritonsillitis und über einen Fall eitriger Tonsillitis, Säuglinge betreffend.

Die eitrige Entzündung in den Gaumenmandeln und im peritonsillären Zell-

gewebe derselben sind im Säuglingsalter sehr selten, unterscheiden sich in den wesentlichen Punkten nicht vom gewöhnlichen Bilde beim Erwachsenen und verlaufen auch in diesem frühen Lebensalter gutartig.

OPPIKOFER.

69) **Sargnon** (Lyon), **Boulloche** und **Robert** (Paris). **Nicht-diphtherische Angina pseudo-membranacea und Laryngitis. Laryngostomie. Verlöthung des Ringknorpels und Atrophie des Kehlkopfs. (Angine pseude-membraneuse et laryngite non diphtériques. Laryngostomie. Sondure cricoïdienne et atrophie larygienne.)** *Société des hôpitaux. 1908.*

Das Kind — ein 2jähriges Mädchen — starb am 16. Tage nach der Operation. Die Autopsie zeigte, dass die Todesursache einer Hypertrophie der Thymus zuzuschreiben war. Gegenwärtig beträgt die Mortalität bei Laryngostomie 8 pCt.; die Zahl der sicher auf die Operation zurückzuführenden Todesfälle muss auf 4 pCt. reducirt werden.

GONTIER DE LA ROCHE.

70) **F. Langlais. Die ulcerirende Scharlachangina. (Les angines nécrotiques ou ulcéro-perforantes de la scarlatine.)** *Dissert. Paris 1908.*

Während in den ersten Monaten der Scharlachepidemie in Paris 1907 Scharlachgeschwüre im Mund und Rachen selten zur Beobachtung kamen, wurden sie in den späteren Monaten der Epidemie etwas häufiger. Die Prognose dieser mit Mund- und Rachengeschwüren complicirten Scharlacherkrankungen ist schlecht zu stellen; Verf. beobachtete 15 Fälle, von denen 11 starben. 15 Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

71) **Romeo** (Madrid). **Drei Fälle von Angina gangraenosa im Verlauf von Scharlach. (Tres casos de angina gangrenosa en el corso de la escarlatina.)** *Revista Clinica de Madrid. März 1908.*

Verf. hat mit Serumbehandlung keine Resultate erzielt; er empfiehlt Pinselungen mit Wasserstoffsuperoxyd.

TAPIA.

72) **v. Sokolowski. Ein Fall von Gangrän der Gaumentonsille. (Przypadek zgorzeli migdalka.)** *Gazeta Lekarska. No. 7. 1909.*

Ein 56jähriger Kutscher, Alkoholiker, trat in das Krankenhaus wegen heftiger Halsschmerzen, Fieber und grosser Prostration ein; bei der Untersuchung wurde auf der linken stark geschwollenen Tonsille ein grauer, stinkender Belag gefunden; die Halsdrüsen waren stark angeschwollen; in den Lungen Bronchopneumonie. Der Kranke starb Tags darauf. Bei der Autopsie wurde nachgewiesen, dass der Belag nicht nur auf die Mandeln, sondern auch auf die Schleimhaut des Rachens der Trachea und grösseren Bronchien sich ausgedehnt hatte. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurden typische Löffler'sche Bacillen vorgefunden. Verf. behauptet, dass aller Wahrscheinlichkeit nach auch in verschiedenen anderen dunkel verlaufenden Fällen der sogenannten primären Gangrän der Tonsillen es sich um typisch verlaufende bösartige Diphtherie mit gangränösem Ausgang handelt.

AUTORREFERAT.

73) **Puterman** und **Breszel. Zur Casuistik der sogenannten Angina ulcero-membranacea Vincenti. (Przyczynek do wrzodziejacego zapa lenia gardzieli, wywolanego przez laseczniki wrzecionowate.)** *Gazeta Lekarska. No. 16. 1909.*

Der Verf. bespricht 2 derartige casuistische Fälle, den ersten bei einem 5jährigen Knaben, den zweiten bei einem erwachsenen Mann. Beim ersten handelt es sich um Mischinfection mit Löffler'schen Bacillen. Beim zweiten Falle wurden nur typische Vinzent'sche Bacillen in dem Mandelbelag vorgefunden. Beide Fälle verliefen günstig bei mässiger Temperaturerhöhung. In beiden Fällen zeigte sich als ein ganz charakteristisches Phänomen „Foetor ex ore." A. v. SOKOLOWSKI.

74) **Novotny** (Wien). **Ueber Gaumengeschwüre bei Abdominaltyphus.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 22. 1909.*

Unter 102 in den letzten 10 Jahren auf der III. med. Klinik in Wien beobachteten Typhusfällen fanden sich in 24 Larynxaffectionen, meist flache, kleinere Geschwüre mit schmutziggrauem Belage, mehr oder weniger ausgesprochene Ulcerationen in 6 Fällen. Im letztbeschriebenen Falle von einer Mischinfection, Typhus und Paratyphus wurde, aus den Gaumengeschwüren Paratyphus B reingezüchtet und serologisch als solcher festgestellt. Nach dieser Statistik nehmen die Larynxerscheinungen nach den bronchitischen Erscheinungen die zweite Stelle ein mit 5,85 pCt. Ulcerationen. HANSZEL.

75) **Gilliford B. Sweeny. Die tuberculösen Gaumenmandeln. (The tuberculous faucial tonsil.)** *Kansas City Medical Index Lancet. September 1908.*

Verf. entfernt die tuberculösen Mandeln mit dem Mathieux'schen Tonsillotom. EMIL MAYER.

76) **R. Malterre. Ueber Fälle schnell verlaufender Gaumenmandeltuberculose. (De la tuberculose galopante des amygdales.)** *Dissert. Paris 1908.*

Die Gaumenmandeltuberculose entwickelt sich gewöhnlich secundär im Anschluss an eine Lungentuberculose. Doch giebt es auch Fälle primärer Gaumenmandeltuberculose; diese verlaufen manchmal sehr rasch und führen in wenigen Tagen zu ausgedehntem Zerfall. Als Beispiel giebt M. die Krankengeschichte eines Falles selbst beobachteter Gaumenmandeltuberculose; doch ist der Fall bezüglich des primären Entstehens nicht einwandsfrei, da das Sectionsprotokoll fehlt.

OPPIKOFER.

77) **Brindel. Diagnose des Schankers der Gaumenmandel. (Diagnostic du chancre de l'amygdale.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 19. 1908.*

Verf. berichtet über einen von ihm beobachteten interessanten Fall. Bei dieser Gelegenheit bespricht er die differentielle Diagnose dieser Affection gegenüber den acuten Anginen, der Angina Vincenti, der Peritonsillitis, der Diphtherie, den malignen Tumoren und den secundären und tertiären Erscheinungen der Syphilis. BRINDEL.

78) **Federico Brunetti. Fibrom der linken Tonsille. (Fibroma della tonsilla sinistra.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. IV. 1909.*

Verf. giebt erst einen Ueberblick über das, was wir bezüglich der gutartigen

Mandelgeschwülste wissen, und theilt dann seinen einen 12jährigen Knaben betreffenden Fall mit, bei dem der taubeneigrosse Tumor zwischen linkem vorderen Gaumenbogen und Tonsille hervorragte. Abtragung mit der Scheere. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst aus Bindegewebe bestand; an der Peripherie bestand eine Zone lymphatischen Gewebes. FINDER.

79) **J. L. Goodale. Lymphosarkom der Tonsillen. (Lymphosarcoma of the tonsils.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 24. September 1908.*

Es handelte sich um eine 45jährige Frau. Die mikroskopische Untersuchung eines zur Probe excidirten Stückes ergab Lymphosarkom. Die Untersuchung in Aethernarkose zeigte, dass der Tumor auf den weichen Gaumen übergegangen war, die Zungenbasis infiltrirte. Verf. sah von einer Operation ab. Da Verf. in einem Fall von Hodgkins Krankheit gute Resultate mit dieser Behandlung erzielt hatte, so machte er auch dieser Patientin Injectionen von Terpentin und injicirte gleichzeitig alle drei Tage Vaccine von Staphglococcus aureus. Nach 10 Tagen war die Geschwulst fast verschwunden. Verf. schreibt die Besserung der Wirkung der Vaccineinjection zu. EMIL MAYER.

80) **H. Upcott. Epitheliom der Tonsille; ihre operative Behandlung. (Epithelioma of the tonsil; its eperative treatment.)** *Lancet. 15. August 1908.*

Es werden zwei Fälle mit Abbildungen beschrieben. Präliminare Tracheotomie mit Gazetamponade des Pharynx. Eine Incision wird vom Processus mastoideus zur Schilddrüse gemacht; die Carotis externa wird unterbunden; der Kiefer wird schräg vor dem Masseter durchsägt. A. BRONNER.

81) **James M. Anders. Fall von Mandelstein. (Case of Tonsillolith.)** *Journal American Medical Association. 11. April 1908.*

Mittheilung eines Falles, in dem der Stein von selbst ausgestossen wurde.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

82) **J. A. Bisot. Die Diphtherie in Nancy. (La diphtérie à Nancy.)** *Dissert. Nancy 1907.*

In Nancy hat die Zahl der Diphtheriefälle in den letzten 30 Jahren bedeutend zugenommen. Doch ist die Mortalitätsziffer unbedeutend (0,21) und niedriger als in den meisten anderen französischen Städten. OPPIKOFER.

83) **M. Chevrel. Die Diphtherie in Havre 1880—1907. (La diphtérie au Hâvre 1880—1907.)** *Dissert. Paris 1908.*

Verf. giebt an Hand von Tabellen eine Uebersicht über die Ausdehnung der Diphtherie in Havre im Verlauf der letzten 27 Jahre. Die Krankheit hat seit 1880 wenig abgenommen; doch ist die Zahl der Todesfälle seit Anwendung des Serums und Dank der strengeren städtischen Maassregeln bedeutend gesunken.

Die Ausdehnung der Diphtherie ist, wie die Tabellen zeigen, abhängig vom Klima, vom Ort der Entstehung (ungesunde, zu stark bevölkerte Quartiere, Schule), von der mehr oder weniger strengen Durchführung der prophylaktischen Maass-

regeln. Der Director der Schule sollte avertirt werden, dann könnte man Präventivimpfungen vornehmen, die mehr erreichen als das Schliessen der Schule. Den Eltern sollte man Aufklärung bringen. OPPIKOFER.

84) **Mi H. Chene. Diphtherische Lämung. (Diphtheric paralysis.)** *N. Y. Medical Record. 29. Mai 1909.*

Verf. sieht in dem Toxin des Diphtheriebacillus die Ursache für die Lähmungen. Das Gift steigt wahrscheinlich von den peripheren Nerven zu den Hirncentren auf. Die Behandlung soll in Antidiphtherieserum bestehen, auch wenn dies bereits früher im Verlauf der Erkrankung gegeben wurde, und zwar in Dosen, die genügend sind, um den Toxinen entgegenzuwirken. LEFFERTS.

85) **A. Lesage. Croup und Morphium. (Croup and Morphine.)** *N. Y. Medical Record. 1908.*

Verf. empfiehlt das Morphium bei Croup zur Vermeidung der Erstickungsanfälle; Morphium werde von Kindern ausgezeichnet vertragen. Es werden bei einer Injection von 80—120 ccm Diphtherieserum je nach dem Alter des Kindes $^1/_4$, $^1/_3$ oder $^1/_2$ ccm einer 1 proc. Morphiumlösung gegeben. In den meisten Fällen schlafen die Kinder 5—6 Stunden ohne Spasmen und wachen eigentlich geheilt auf. Durch diese Behandlung soll die Intubation vermieden oder in anderen Fällen deren Dauer herabgemindert werden. LEFFERTS.

86) **Pulawski. Weitere Beiträge zur Serumtherapie diphtheritischer Angina. (Dalsze przyczynki do leczenia blondey surowica swoista.)** *Przeglad Lekarski. No. 21. 1909.*

Verf. theilt seine Erfahrungen über 67 Fälle von Rachendiphtherie mit, die er im Laufe von 1907—08 in der Kinderpraxis mittelst antidiphtherischen Serums behandelt hat. Die Gesammtsterblichkeit war im Jahre 1907 6,3 pCt., im Jahre 1908 12 pCt., was nach Verf. sehr zu Gunsten der Serumtherapie spricht. Weiter bespricht derselbe verschiedene Complicationen, besonders den Ausschlag, und schliesslich vertheidigt er energisch die Serumtherapie. A. v. SOKOLOWSKI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

87) **Beverley Robinson. Wichtigkeit der Kehlkopfuntersuchung im Frühstadium der Lungentuberculose. (Importance of laryngeal examination in early pulmonary tuberculosis.)** *N. Y. Medical Record. 30. Januar 1909.*

An der Hand zweier Fälle, bei denen der Verdacht auf Lungentuberculose vorlag und, obwohl gar keine Symptome von Seiten des Kehlkopfs bestanden, die Untersuchung desselben auf die Diagnose führte, betont Verf. die Wichtigkeit der Laryngoskopie in solchen Fällen. Er empfiehlt übrigens für diese Frühformen Inhalationen. LEFFERTS.

88) **Arthur Meyer** (Berlin). **Ueber den Infectionsweg der Larynxtuberculose.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 716. 1909.*

M. setzt alle die Gründe auseinander, warum es sich bei der Larynxtuberculose fast durchwegs um eine Contactinfection handelt. Auf dem Blutwege

kommt tuberculöse Affection des Kehlkopfs nur bei allgemeiner Miliartuberculose vor, lymphogene Tuberculose nur, wenn Lupus oder Tuberculose des Pharynx und der Zungenwurzel sich auf den Larynx verbreiten.

OPPIKOFER.

89) **Glas** und **Kraus** (Wien). **Einfluss der Schwangerschaft auf die Tuberculose des Kehlkopfes.** *Med. Klinik. No. 26, 27. 1909.*

Die Generationsvorgänge (Gravidität, Entbindung und Puerperium) üben auf die Kehlkopftuberculose in der grossen Mehrzahl der Fälle einen ungünstigen Einfluss aus, diffuse ulcerirende Formen der Larynxtuberculose geben ganz besonders ungünstige Prognose, indem die meisten dieser Fälle im Puerperium zum Exitus kommen. Bei Progredienz eines Larynxprocesses erscheint, zumal bei gleichzeitig vorhandenem Lungenprocess, die Einleitung des Abortus in den ersten Monaten indicirt. Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei progredienten Fällen ist contraindicirt, da diese das acute Fortschreiten des Processes in keiner Weise zu hemmen vermag. Bei relativer Stenose des Kehlkopfes ist die Tracheotomie vorzunehmen.

SEIFERT.

90) **M. J. Pottenger. Prognose und Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Prognosis and treatment of tuberculous laryngitis.)** *California State Journal of Medicine. October 1908.*

Auf Grund einer kritischen Betrachtung von 61 Fällen kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Bei frühzeitiger Diagnose ist die Prognose der Kehlkopftuberculose ungefähr dieselbe wie die der frühzeitig diagnosticirten Lungentuberculose.

2. Chronische Verdickung im Kehlkopf erfordert stets eine sorgfältige Untersuchung der Lungen; ergiebt diese das Vorhandensein von Tuberculose, so ist auch die Erkrankung des Kehlkopfs für tuberculös zu erachten.

3. Locale Behandlung führt keine Heilung herbei; eine rationelle Therapie richtet sich gegen die Erkrankung der Lungen.

4. Tuberculin ist bei verständiger Anwendung von unschätzbarem Werth, um eine Immunität herbeizuführen und die Larynxtuberculose zu heilen.

EMIL MAYER.

91) **L. J. Hammond. Die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose. (The surgical treatment of the tuberculous larynx.)** *American Medicine. Februar 1909.*

Verf. empfiehlt eine tiefe Tracheotomie in den Frühstadien zur Heilung, in den vorgerückteren Stadien zur Erleichterung der Leiden. Um die Luft feucht zu halten, soll ein mit 0,2proc. Carbollösung getränkter Tampon vor die Trachealwunde gebracht werden.

EMIL MAYER.

92) **Arnoldsson Nils** (Stockholm). **Die chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose. (Larynxtuberkulosens kirurgiske behandling.)** *Vortrag auf der Versammlung der schwedischen oto-laryngologischen Gesellschaft am 24. October 1908.*

Demonstration von 8 Fällen (mit leichten und mittelschweren Veränderungen im Larynx und III. Stadium der Lungenkrankheit), die endolaryngeal operirt

wurden: 3 Fälle geheilt, 1 3jährig, 2 1jährig; 5 bedeutend gebessert, wurden später operirt. 2 Fälle mit Dysphagie; Amputatio epiglottidis mit gutem Erfolg.

Nach einer kurzen Besprechung der geschichtlichen Entwickelung der operativen Eingriffe mit Betonung der grossen Bedeutung von M. Schmidt, Heryng, Krause u. a. beschreibt der Vortragende die Technik und hebt dabei die Präcision derselben und die so weit wie möglich radicale Beseitigung der krankhaften Gewebe als nöthig hervor.

Die Indicationen für Curettement sind unbedeutende Ausbreitung („Tumorform", Localisation in Taschen- und Stimmbändern, Epiglottis) bei gutem Allgemeinbefinden und gutartiger Lungenkrankheit. Die Indicationen der palliativen Eingriffe werden besprochen und die radicale Amput. epiglottid. hervorgehoben.

Die Tracheotomie ist nur selten nöthig, als curative Operation zweifelhaft.

Die Combination von Kehlkopftuberculose mit Gravidität und die Erkrankung im Kindesalter werden besprochen.

Nach einer ziemlich eingehenden Besprechung der extralaryngealen, directen Eingriffe (Laryngotomie etc.), ihrer Bedingungen, Indicationen, Erfolge, weist der Vortragende zum Schluss darauf hin, dass wir, um so viel wie möglich zu gewinnen, im Kampfe gegen die Tuberculose des Larynx auf dem chirurgischen Wege arbeiten müssen. Besonders wird betont, dass die Hals- und Brustärzte zusammenarbeiten müssen, dass die rationelle locale Therapie immer von einer modernen Anstaltsbehandlung unterstützt werden müsste. E. STANGENBERG.

93) **R. Hahn** (Turin). **Die Galvanokaustik in der Behandlung der Kehlkopftuberculose. (La Galvanokaustica nella tuberculosi laringea.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. IV. 1909.*

Verf. wünscht die italienischen Fachgenossen mit dieser Behandlungsmethode der Kehlkopftuberculose, deren Vortheile er an der Hand einiger Fälle erörtert, bekannt zu machen. Verf. hat sich sowohl der energischen Cauterisationen nach Mermod wie des Tiefenstichs nach Grünwald, je nachdem ihm die eine oder die andere Methode in dem betreffenden Fall mehr angezeigt schien, bedient. Er hält die erstere indicirt bei ulcerativen und neoplastischen Formen, die zweite dagegen bei Infiltraten. Er meint, die besten Resultate werde man durch geeignete Combination beider Methoden erzielen.

Zum Schluss plaidirt Verf. dafür, dass die von Roepke (Zeitschr. f. Tuberculose, Bd. XIII, Heft 1, 1908) vorgeschlagene Classification der Larynxtuberculose allgemeiner eingeführt und mit der Turban-Gerhard'schen Classification der Lungenphthise combinirt angewandt werde. FINDER.

94) **John Tillman** (Schweden). **Ueber Sonnenlichtbehandlung und die übrigen phototherapeutischen Methoden bei Larynxtuberculose. (Om solljusbehandlingen och öfriga fototerapeutiska methoder vid struptuberkulos.)** *Hygiea. No. 4. April 1909.*

Verf., der Director eines Volkssanatoriums im nördlichen Schweden ist, hat nach Angaben von Sorgo, Kunwald, Jessen u. a. einige Fälle von Larynxtuberculose mit Sonnenlicht behandelt. Betreffend die Verwendbarkeit der Methode

sagt Verf., dass sie leicht zu lernen ist und dass sie lästige Erscheinungen niemals hervorruft.

Fall 1. 30jährige Frau, am 31. März 1905 in das Sanatorium aufgenommen, am 9. September entlassen. Kleine Infiltration in der linken Lungenspitze, der freie Rand der Epiglottis infiltrirt, uneben und leicht ulcerirt; die Schleimhaut der Regio interaryt. geröthet und angeschwollen, besonders links; am linken Taschenband ein grauweisses Infiltrat, von dem das linke Stimmband vollständig bedeckt ist. Ende April wurde die Heliotherapie eingeleitet, und zwar mit dem Erfolg, dass nur eine geringe Unebenheit der Epiglottiswand, eine geringe Anschwellung des Lig. ary-epigl., eine sehr kleine Verdickung des linken Taschenbandes und eine leichte Anschwellung und Röthe des linken Stimmbandes zu constatiren war. Die linke Lungenspitze physikalisch unverändert. Die Patientin wurde später mehrmals untersucht und noch im October 1908 konnte die Heilung ihres Larynx constatirt werden.

Fall 2. Gemeindeschullehrer, 27 Jahre, wurde zum zweiten Male am 31. Januar 1906 in das Sanatorium aufgenommen; beide Lungen im Stadium II. Der Kehlkopf, der früher gesund gewesen war, zeigte jetzt folgende Veränderungen: der obere Theil der Epiglottis geröthet und geschwollen, am freien Rand und an der hinteren Fläche mehrere Geschwüre, oben und tiefer unten eine 10 pfennigstückgrosse Ulceration. Vom 10. März an mit Sonnenlicht (nach Sorgo) behandelt, und bei der Entlassung (am 29. Juni 1906) sah der obere Theil des Kehldeckels gesund aus; die tiefer sitzenden Geschwüre waren noch unverändert. Der Patient behandelte sich später zu Hause mit dem Erfolge, dass der Kehldeckel am 5. Juni 1907 geheilt war. Die Heilung dauerte noch im October 1908 an.

Fall 3. 21jährige Frau. Tuberculosis pulmon. sin. et laryngis seit dem Winter 1905; seit Februar 1906 Kehlkopf vom Specialisten behandelt; in das Sanatorium am 26. März aufgenommen, entlassen am 16. October. Die Larynxschleimhaut überall geröthet; an der hinteren Wand eine 10pfennigstückgrosse Prominenz ohne deutliche Ulceration: beide Taschenbänder infiltrirt, rechts davon eine Erosion; die Stimmbänder sehen gesund aus. Vom 10. April bis 15. October Sonnenlichtbehandlung: die Infiltration der Taschenbänder und der hinteren Wand bedeutend vermindert. Die Besserung dauerte bis zum Februar 1908, wo die Patientin sich Influenza zuzog. Der Zustand der Lungen, sowie der des Kehlkopfes verschlimmerte sich allmählich. Bei der zweiten Aufnahme (am 21. October 1908) zeigte sich in der Regio subglottica ein vom rechten Stimmbande ausgehendes, theilweise ulcerirtes Infiltrat. Durch eine allgemeine hygienisch-diätetische Behandlung, durch Schweigen in Verbindung mit Sorgo-Sitzungen gingen die Veränderungen im Kehlkopf nach 2—3 Monaten zurück.

Fall 4. Ingenieur, 35 Jahre. Aufgenommen am 16. December 1905, entlassen am 3. October 1906 (Stadium III, Turban). Aphonie; Introitus laryngis etwas geröthet, beide Stimmbänder mit Pseudoulcerationen; an der hinteren Wand infiltrirt. Sonnenlichtbehandlung: Nach einem Monat Stimme fast klar, die Stimmbänder etwas trübe, die Geschwüre geheilt. Am 29. September 1908 schreibt Patient: „Der Kehlkopf normal, die Stimme nach Erkältung etwas belegt; keine Schmerzen; keine Behandlung.“

Seine Erfahrungen fasst Verf. dahin zusammen: Die Heliotherapie kann gute Erfolge, ja dauernde Heilung auch bei grossen, aber nicht zu diffusen Infiltrationen geben; sie ist ein werthvolles Hülfsmittel, besonders bei solchen Fällen, wo die so wichtige allgemeine hygienisch-diätetische Behandlung durchgeführt werden hann.

Die übrigen phototherapeutischen Methoden sind vom Verf. nur flüchtig erwähnt.

E. STANGENBERG.

95) **P. Gerber** (Königsberg). **Zur Behandlung der tuberculösen Epiglottis.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 739. 1909.*

G. empfiehlt an der Hand von 3 Fällen bei Tuberculose des Kehldeckels die Anwendung der kalten Schlinge. Schmerzen, Blutung, nachträgliche Reaction sind gering und in Folge dessen der Erfolg rasch eintretend.

Von der Tracheotomie zur „Ruhigstellung des Kehlkopfes" hat G. keinen Erfolg gesehen.

OPPIKOFER.

96) **Albert Rosenberg** (Berlin). **Primärer Kehlkopflupus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 487. 1908.*

Nachdem Verf. auf die Art der Infection und die subjectiven Beschwerden beim Kehlkopflupus eingegangen, schildert er ausführlich zwei von ihm selbst beobachtete typische Fälle, von denen der erste so milde verlief, dass eine active Therapie nicht nöthig wurde. Die Prominenzen schwanden grösstentheils auf dem Wege der Resorption. In diesem Falle waren Epiglottis, aryepiglottische Falten, Taschenbänder und die Regio hypoglottica ergriffen, die Stimmlippen dagegen freigeblieben.

Weit schwerer ist der zweite Fall, der ein relativ ungünstiges Resultat — Stimmverlust und Athemstörung — herbeiführte.

Hier ist die Narbenbildung stark ausgesprochen, wodurch sich ein Diaphragma in der Stimmbandregion bildete, das für Stimme und Athmung grossen Schaden brachte. Bei beiden Fällen fiel die conjunctivale Tuberculinreaction positiv aus.

Zum Schlusse bespricht Verf. die Differentialdiagnose, besonders gegen Papillom, Lues und Tuberculose und macht dann noch einige Bemerkungen in Bezug auf die Behandlung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

97) **Howard Fox. Ein Fall von Lepra des Kehlkopfs. (A case of laryngeal leprosy.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Pat. ist 23 Jahre alt; er ist in Trinidad geboren und kam mit 12 Jahren nach Amerika. Bald nachdem er sich in Brooklyn ansässig gemacht hatte, traten die ersten Hauterscheinungen auf. Vor 3—4 Jahren wurde er heiser; er wurde mit Chaulmoograöl behandelt, das ihm gut that, und als schwere Dyspnoe auftrat, mit Cocainspray.

Zur Zeit besteht — ausser den typischen Veränderungen an der äusseren Haut — atrophische Rhinitis, Perforation des Septum, tiefe Ulcerationen des harten Gaumen und Pharynx; die Epiglottis besteht auf der einen Seite aus einer unregelmässigen geschwollenen Masse, die auch Untersuchung des Kehlkopfraumes unmöglich macht und Dyspnoe verursacht.

EMIL MAYER.

98) **W. Albrecht** (Berlin). **Bemerkungen über Pachydermia diffusa laryngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 475. 1908.*

Beschreibung eines seltenen Falles von Pachydermia laryngis, bei dem beide Stimmlippen in ihren vorderen Parthien bis zu etwa zwei Dritteln mit weissen, kreidigen, den freien Rand etwas überragenden, glatten Massen bedeckt waren, welche membranartig den Stimmlippen auflagen und denselben fest anhafteten. Die Stimmlippen selbst waren dunkelroth und infiltrirt. Die mikroskopische Untersuchung ergab starke Epithelvermehrung und Verhornung. Der Befund entspricht dem an der Leiche bei vorhandener Pachydermie stets wahrnehmbaren Bilde. A. glaubt, dass es sich hier um eine ungewöhnlich stark ausgeprägte Form einer bei jeder Pachydermie vorkommenden, am Lebenden jedoch makroskopisch nicht nachweisbaren Erkrankung handelt. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

99) **Lemaitre** und **Lecomte. Laryngo-Typhus. (Laryngo-typhus.)** *Société anatomique. 13. December 1907.*

Der Fall hatte die Tracheotomie erfordert. Primäre Perichondritis, Nekrose der Aryknorpel; beiderseits Fisteln im Niveau des hinteren Ansatzes der Stimmbänder. GONTIER de la ROCHE.

100) **H. S. Birkett** und **H. S. Muckleston. Ein Fall von Perichondritis des Larynx im Verlauf von Typhus. (A case of Perichondritis of the Larynx occuring during the course of Typhoid fever.)** *Montreal Medical Journal. August 1907.*

Er kam zur Tracheotomie. Die Stimmlippen lagen in der vorderen Hälfte aneinander, in der hinteren Hälfte waren sie nur wenig beweglich. Man sah die subglottische Gegend durch eine symmetrische Schwellung auf beiden Seiten verengt. Eine operative Behandlung wurde nicht für angezeigt gehalten.

EMIL MAYER.

101) **W. Rieser. Kehlkopfcomplication bei Typhus. (Laryngeal complications of typhoid fever.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Februar 1908.*

R. findet Mittheilungen über fast 300 Fälle. Folgendes betrachtet er als ätiologische Momente: 1. Reibung und Reizung durch Phonation und Schluckakt nebst constantem Husten etc., dies auf einer Schleimhaut, die zu einem an allgemeiner Typhustoxaemie leidenden Organismus gehört. 2. Eine Schleimhaut selbst in einem Zustand katharrhalischer Entzündung mit geschwollenem Oberflächenepithel. 3. Thermische Einflüsse, Hitze oder Kälte oder beides in rascher Folge. 4. Bacterien, indem das lymphoide Gewebe an allen Theilen des Organismus der primären Invasion des Typhusbacillus ausgesetzt ist. 5. Ausbreitung der pharyngealen Affection bei Parotitis mit Infiltration der ary-epiglottischen Falten. 6. Der dorsale Decubitus. LEFFERTS.

102) **Lahaussois, Sargnon** (Lyon). **Laryngotyphus; Canülenträger; Besserung durch Caoutschoucdilatation. Polypoide subglottische Degeneration. Laryngostomie. Heilung. (Laryngotyphus; canulard; améliorisation par la dilatation caoutchoutée. Dégénérescence polypoide sous-glottique. Laryngostomie. Guérison.)** *Lyon Médical. 28. März 1909.*

Titel besagt den Inhalt. GONTIER de la ROCHE.

103) **L. Simkó** (Budapest). **Cyste des Kehldeckels.** *Orvosi Hetilap. No. 21. 1909.*

Die nussgrosse Cyste sass auf der rechten vorderen Fläche des Kehldeckels. Punction. Entfernung eines Theils der Cystenwand. v. NAVRATIL-POLYAK.

104) **Henry Swain. Cysten, Abscesse und Oedem der Epiglottis. (Cysts, abscesses and edema of the epiglottis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Verf. unterscheidet verschiedene Typen der Entzündung: Die Branchialcysten mit recurrirender Erweiterung, Oedem der Epiglottis mit Abscessbildung, und das flüchtige Oedem, wie es bei Entzündungen im Halse auftritt; er bespricht die differentielle Diagnose gegenüber der Perichondritis bei Typhus, sowie bei Tuberculose und Syphilis, ferner das Oedem bei Allgemeinerkrankungen, Verbrennungen und anderen Traumen. EMIL MAYER.

105) **F. Massei. Riesengeschwülste des Kehlkopfs. (Tumori gigantei della laringe.)** *Arch. Ital. di Laringologia. IV. 1908.*

Giant tumors of the Larynx. *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Verf. bezeichnet als „Riesengeschwülste des Kehlkopfs" Tumoren, gutartige wie bösartige, die infolge ihrer enormen Grösse schon an sich, ohne Rücksicht auf ihren histologischen Charakter eine Lebensgefahr darstellen. Er hat dabei besonders gewisse Haemoangio-Endotheliome, die in Begleitung von Sarcomatose der Haut auftreten, sowie manche isolirte Carcinome des Kehlkopfinnern im Auge. Bei den gutartigen Tumoren empfiehlt er — eventuell nach vorausgegangener Tracheotomie — die endolyngeale Operation. FINDER.

106) **Harmon Smith. Multiple Papillome des Kehlkopfs bei Kindern. (Multiple papilloma of the Larynx in children.)** *The Laryngoscope. Februar 1909.*

Verf. räumt unter den ätiologischen Momenten der Syphilis eine Rolle ein und behauptet, dass die Geschwülste oft unter Anwendung von Jodkali verschwinden. Er bespricht das klinische Bild und die Diagnose der Papillome und sagt wohl nicht mit Unrecht, dass gewiss schon mancher Fall von Papillomen für Croup gehalten wurde.

Was die Behandlung anbelangt, so ist Verf. ein Gegner der Thyreotomie bei Kindern. Die Tracheotomie ist natürlich indicirt bei bestehender Athembehinderung, aber auch, wenn intralaryngeale Eingriffe unmöglich sind, sowie in Fällen von sehr schneller Recidivbildung.

Verf. hat — da er Hautwarzen nach der Anwendung von Castoröl hat verschwinden sehen — auch bei Larynxpapillomen täglich einige Tropfen in den Kehlkopf injicirt, er ist aber bisher mit dieser Behandlung zu keinem definitiven Resultat gelangt. EMIL MAYER.

107) **L. Rosa H. Gantt. Bericht über einen Fall von Angio-Myxo-Sarkom des Kehlkopfs. (Report of a case of Angio-Myxo-Sarcoma of Larynx.)** *The Laryngoscope. September 1908.*

Ein 67jähriger Mann zeigte einen grossen Tumor, der fast das Lumen aus-

füllte. Operation wurde vom Patienten verweigert. Einige Tage später wurde nach einem sehr heftigen Hustenanfall ein ca. 5 cm langes und 1 cm dickes Stück des Tumors ausgehustet. Der Tumor entwickelte sich aber so rasch, dass er bereits nach einer Woche so gross war wie vorher. Eine Operation von aussen wurde angerathen, kam aber nicht zur Ausführung. Ein Stück wurde per vias naturales entfernt. Pat. starb kurz darauf.

EMIL MAYER.

108) **John Murphy. Kehlkopftumor; Tracheotomie und Thyreotomie. (Laryngeal tumour; tracheotomy and thyreotomy.)** *Intercolonial Medical Journal (Melbourne). 20. Mai 1909.*

Es handelte sich um ein Fibro-Myxom, das sehr gross war und von der Unterfläche des linken Stimmbandes ausging. Verf. war der Ansicht, dass eine endolaryngeale Operation nicht angängig war, da eine Verletzung der Stimmbänder nicht zu vermeiden gewesen wäre. Es wurde also die Tracheotomie und Thyreotomie unter lokaler Anästhesie gemacht und auf diese Weise der Tumor entfernt.

A. J. BRADY.

109) **Richard H. Johnston. Die Entfernung von Kehlkopftumoren mit directer Laryngoskopie. (The removal of laryngeal tumors by direct Laryngoscopy.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Es handelte sich um einen subglottischen Tumor, der unter directer Laryngoskopie entfernt wurde.

EMIL MAYER.

110) **St. Clair Thomson. Kehlkopfkrebs. (Cancer of the Larynx.)** *N. Y. Medical Record. 5. September 1908.*

Es giebt keine Stelle im Organismus, wo der Krebs bessere Chancen für die Heilung giebt, als das Innere des Larynx, ebenso wie es keine ungünstigere Lokalisation giebt, als wenn die Neubildung aussen am Kehlkopf sitzt. Es folgt daraus die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose.

LEFFERTS.

111) **Tapia** (Madrid). **Ein Fall von halbseitiger Kehlkopfexstirpation wegen Krebs. (Un caso de laringuectomia parcial [hemitirectomia] por cancer.)** *Revista Clinica de Madrid. Februar 1908.*

Verf. betont die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose für den Erfolg der Radicaloperation. Es handelte sich um einen 64jährigen Mann mit Aphonie, Tumorbildung am linken Stimmband und Immobilisation desselben. Histologische Untersuchung ergiebt Carcinom. Operation in zwei Zeiten: I. Tracheotomie, II. 14 Tage später Exstirpation der linken Schildknorpelplatte mit dem Tumor. Heilung mit fast normaler Stimme.

TAPIA.

112) **Sendziak. Behandlung des Kehlkopfcarcinoms. (Letschenie raka gortani.)** *Jeshemesjatschnik. Bd. 2. p. 377.*

S. resumirt seine kurze Arbeit in folgenden Sätzen:

1. Operative Behandlung giebt 26 pCt. Heilungen.

2. Die Resultate sind nach dem Jahre 1888 noch besser, nämlich 32,6 pCt. mit gutem Ausgange.

3. Dasselbe bezieht sich auf die Recidive wie auch auf den tödtlichen Ausgang.

4. Laryngofissur giebt die besten Resultate — ungefähr 50 pCt. Heilungen. —

5. Bezüglich der Recidive giebt die Exstirpation des Kehlkopfes die besten Resultate.

6. Die direkte Lebensgefahr nach der Layngofissur als solcher beträgt nach 1888 nur 2,5 pCt.

P. HELLAT.

113) **Harmon Smith. Ein Fall von Kehlkopfkrebs; Larynxexstirpation nach 12jähriger Beobachtung. (A case of laryngeal carcinoma; Laryngectomy after twelve years observation.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Gleitsmann hatte über diesen Fall bereits vor 12 Jahren berichtet. Man sah damals eine schneeweisse Masse, die entweder dem rechten Stimmband aufsass oder aus dem Ventrikel hervorragte; es sah aus, als ob ein Stück Watte im Ventrikel sässe. Das Hauptinteresse des Falles besteht darin, dass wiederholte Untersuchungen von entnommenen Stücken 12 Jahre später, als der Tumor wieder auftrat, keine Malignität ergaben. Da aber der Patient anfing, Zeichen einer beginnenden Kachexie aufzuweisen, so wurde die Laryngektomie gemacht. Tiefe Einschnitte zeigten jetzt die maligne Natur der Geschwulst. Verf. meint, die gegenwärtige Methode der Stückchenentnahme zur mikroskopischen Diagnose sei ungeeignet und führe zu Irrthümern.

EMIL MAYER.

114) **Portela** (Cadiz). **Eine kleine Modification in der Technik der Thyreotomie. (Una pequana modificacion en la técnica do la tirotomia.)** *Boletina de laringologia. September-October 1908.*

Lokale Anästhesie wird bewerkstelligt, indem durch einen intralaryngealen Einstich durch das Lig. conicum mittels einer Pravaz'schen Spritze Cocain eingespritzt wird.

TAPIA.

f. Schilddrüse.

115) **K. H. Jones. Acute Thyreoditis. (Acute Thyreoiditis.)** *N. Y. Medical Record. 22. Mai 1909.*

25jähriger Chinese klagt über Steifigkeit und etwas Schmerzen am Hals, sowie etwas Luftbeklemmung. Nach 3 Tagen erhebliche Schwellung am Halse; man konnte jetzt eine symmetrische Vergrösserung der Schilddrüse constatiren. Leichtes Fieber und erhebliche Dysphagie. Jodpinselungen und Jodkali innerlich wurden verordnet. Heilung in einer Woche.

LEFFERTS.

116) **Notiz des Herausgebers. Einfache acute Thyreoiditis. (Simple acute Thyreoiditis.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Mai 1909.*

Während Entzündungen der Schilddrüse im Verlauf fieberhafter Erkrankungen als eine bisweilen vorkommende Complication wohl bekannt sind, ist die primäre acute Thyreoiditis sehr selten. Verf. geht von einem durch E. Weber (Revue médicale de la Suisse romande März 1909) berichteten Fall aus. Er hält die Anwendung von Jod für schädlich. Man soll für Desinfection der oberen Speisewege sorgen, da möglicherweise die Entzündung ihren Ursprung in einer unerkannt gebliebenen Halsentzündung hat.

LEFFERTS.

117) G. E. Pfahler. **Eine Zusammenstellung der durch Röntgenbehandlung erzielten Resultate bei Morbus Basedow. (A summary of the results obtained by the x-ray treatment of exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 24. October 1908.*

Aus den in der Literatur gesammelten 51 Fällen scheint dem Verf. hervorzugehen, dass 1. in ungefähr 75 pCt. der Fälle entschieden Besserung erwartet werden kann; 2. diese Besserung sich in Gewichtszunahme und Kräftigung und allmählichem Verschwinden der Basedowsymptome äussert; 3. gewisse Besserung im Laufe eines Monats und nach 6—12 Sitzungen constatirt werden kann; 4. bei geeigneter Behandlung keine Gefahr vorhanden ist.

Die Dauer der Resultate ist noch fraglich. Die Berichte liegen vor über eine mehrmonatliche bis drei Jahre lang dauernde Beobachtung. Die harnäckigsten Symptome sind der Schilddrüsentumor und der Exophthalmus. Die Strahlen sollen auf die Schilddrüse gerichtet werden und solange, bis eine leichte Dermatitis auftritt, aber nicht mehr. Verf. meint, die Behandlung verdiene jedenfalls versucht zu werden.

LEFFERTS.

118) J. C. Price. **Die Röntgenstrahlen in der Behandlung des Morbus Basedow. (The x-ray in the treatment of exophalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 20. März 1909.*

Verf. befürwortet die Anwendung der Roentgenstrahlen in den Fällen, in denen der Chirurg die Operation verweigert oder die nicht so schwer sind, dass eine Operation nöthig wäre.

LEFFERTS.

119) W. Milton Lewis. **Ein Fall von primärem Plattenepithelkrebs der Schilddrüse mit Metastasen in Lungen, Lymphdrüsen und Haut. (A case of squamous celled epithelioma, apparently primary in the thyreoid gland. Metastatic growths in the lungs, lymph glands and heart.)** *N. Y. Medical Journal. 24. October 1908.*

Ausführliche Krankengeschichte einer 64jährigen Frau. Aus dem Obductionsbefund geht, wenn auch nicht mit absoluter Sicherheit, so doch mit grosser Wahrscheinlichkeit hervor, dass der primäre Sitz des Tumors in der Schilddrüse war.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

120) Guisez (Paris). **Ueber die Rolle der Aortenaneurysmen in der Aetiologie der Spasmen und schweren Stenosen des Oesophagus. (Du rôle des anevrysmes aortiques dans l'étiologie des spasmes et des sténoses à forme grave de l'oesophage.)** *Société médicale des hôpitaux. 12. Februar 1909.*

Verf. hat 6 derartige Fälle beobachtet; in 5 sass die Stenose im Niveau des Aortenbogens, in einem im Niveau des Zwerchfells.

Die Wand schien bei der oesophagoskopischen Untersuchung wie durch einen pulsirenden Tumor hochgehoben. Die spastischen Erscheinungen haben hier mehr Bedeutung als die Stenose selbst. In Bezug auf die Dysphagie hat die Compression der Nerven durch den Tumor eine grosse pathogenetische Bedeutung.

GONTIER de la ROCHE.

121) **Lindt** (Bern). **Krankenvorstellung eines 6jährigen Kindes mit Cardiospasmus.** *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No 21. 1907.*

Der Knabe spie seit den ersten Lebenszeiten stets die feste Nahrung kurze Zeit nach dem Verschlucken wieder aus, war aber dabei munter und gesund, jedoch sehr mager. Das Erbrochene zeigte sich niemals sauer und enthielt nie Magensaft. Rasch ausgeführte Sondirung mit feiner Sonde gelangte bis in den Magen, aber dickere Sonden stiessen auf ein unüberwindliches Hinderniss dicht oberhalb desselben.

Zweimal täglich 0,5 Brom in Codeinsirup und indirecte psychische Beeinflussung heilte das Uebel in einigen Tagen, so dass das Kind bald mit Heisshunger jegliche Nahrung leicht schlucken und bei sich behalten konnte. JONQUIÈRE.

122) **A. B. C. Ashurst. Strictur der Speiseröhre nebst Bericht über 8 Fälle. (Stricture of the Esophagus with a report of 8 cases.)** *Pennsylvania Medical Bulletin. December 1908.*

Die Fälle sind im Lauf von 12 Jahren im Kinderhospital von Philadelphia zur Beobachtung gekommen. In 7 Fällen handelte es sich um Laugenverätzung. In einem Fall war die Ursache unauffindbar; nach dem Tode fand sich eine indurirte Partie in der Speiseröhre. Das Alter schwankte zwischen 2 und 7 Jahren. In einem Fall trat nach Einführung einer Bougie tödtlich verlaufende Pneumonie ein. 5 Fälle wurden operirt. EMIL MAYER.

123) **Guisez. Fremdkörper durch Oesophagoskopie entfernt. (Corps étrangers enlevés par oesophagoscopie.)** *Soc. méd. de Paris. 27. März 1909.*

Verf. giebt 18 Beobachtungen von verschiedenen mittels der Oesophagoskopie entfernten Fremdkörpern: Knochen, Fischgräten, Münzen, Knöpfe, künstliche Gebisse u. s. w. Er bedient sich mit grossem Vortheil der Tuben mit Dilatationsvorrichtung; sie können an ihrem Ende auseinandergespreizt werden, so dass im Moment der Extraction die Wände geschützt werden. A. CARTAZ.

124) **J. Mc. Coy. Entfernung eines Hindernisses aus dem Oesophagus eines Kindes mittels der directen Oesophagoskopie. (Removal of an obstruction from the esophagus of a child by means of direct esophagoscopy.)** *N. Y. Medical Record. 1909.*

Es handelte sich um die Entfernung eines in Granulationsmassen eingebetteten Knopfs aus dem Anfangstheil der Speiseröhre. Die Operation wurde in Aethernarkose vorgenommen. Das Kind starb am 4. Tage darauf an einer Pneumonie. EMIL MAYER.

125) **Villalonga. Zwei Fälle von Oesophagotomie zur Extraction eines Fünfcentimestücks; Naht des Oesophagus. (Dos casos de esofagotomia para extraer una moneda de 5 céntimos; sutura del esófago.)** *La Medicine de los ninos. October 1907.*

Mittheilung zweier Fälle. TAPIA.



126) **Rudsit** (Kurland). **Beitrag zur Gastrostomie bei Carcinoma oesophagi.** *Dissert. Bern 1908.*

37 Fälle aus der chirurgischen Klinik, unter Berücksichtigung des postoperativen Verlaufs. Schlüsse:

In der Behandlung des Carcinoma oesophagi steht die Gastrostomie in erster Linie, indem ihr auch eine vorübergehende curative Wirkung zukommt. Am empfehlenswerthesten hinsichtlich der functionellen Resultate ist die Bildung eines Schrägkanals mittels Verlagerung des M. rectus abdomin. zur Erzielung eines muskulösen Verschlusses.

JONQUIÈRE.

127) **Nathan W. Green. Künstlicher intrapulmonaler Druck; Anwendung auf die Chirurgie der Speiseröhre. (Artificial intrapulmonary pressure; application to surgery to the esophagus.)** *N. Y. Medical Record. 13. Juni .1908.*

Für Operationen in der Brusthöhle braucht die Druckdifferenz nur ungefähr 7 mm Hg zu betragen. Ob der Druck negativ oder positiv ist, hält Verf. für praktisch nicht so wichtig; die Hauptsache ist, eine Methode ausfindig zu machen, um die Druckdifferenz erhalten und in Anwendung bringen zu können. Verf. hat sich bei seinen Experimenten des intermittirenden positiven Druckes bedient, der direkt durch einen intralaryngealen Tubus in die Lungen geführt wurde. Er hat so verschiedene Operationen des Oesophagus an Versuchsthieren ausgeführt, z. B. Durchschneidung des stomachalen Endes und Implantation desselben an eine andere Stelle der Cardia, die durch eine Oeffnung im Zwerchfell nach oben gezogen wurde.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Patrick Watson Williams** (Bristol). **Suppurative diseases in the nose and ear with special reference to some newer methods in treatment.** Long Fox Lecture. Bristol. Arrowsmith. 1908.

Es wird zuerst ein Ueberblick über die Anatomie der Nebenhöhlen mit besonderer Berücksichtigung von deren Erkrankungen und ihren Complicationen gegeben, und es folgt dann ein Capitel über die chronischen Eiterungen. Interessant ist ein Fall, in dem auf Grund von starken Schmerzen, die in das Ohr localisirt wurden, dies aber völlig gesund befunden wurde, eine Eiterung der Keilbeinhöhle diagnosticirt worden war; sonstige auf eine Erkrankung der Höhle zu beziehende Symptome waren sehr unbestimmt. Der Patient erkrankte dann an Influenza und Cerebrospinalmeningitis; die Section ergab, dass in dem entsprechenden Sinus cavernosus eine Eiterung bestand. Ferner wird ein Fall von Keilbeineiterung mit Thrombose des Sinus cavernosus und Exophthalmus beschrieben.

Verf. führt einige Beispiele von Hypertrophie der äusseren Nase und Oberlippe nach recidivirendem Erysipel in Folge von Nebenhöhleneiterung an.

Zur Erklärung der Pathogenese der Nasenpolypen stellt Verf. folgende Theorie auf: Die pathogenen Organismen dringen in das Epithel und in die Lymphräume ein und werden zu den kleinen Lymphgefässen gebracht, wo sie mit

oder ohne Entstehung einer Lymphangitis eine Lymphstauung verursachen. Da die Blutzufuhr ungestört bleibt, die secretorische Function der Schleimhaut andauert, so wird die in die Lymphräume ergossene Flüssigkeit nicht entfernt und staut sich. Geht dies nahe der Oberfläche vor sich, so sieht man eine entsprechende Vorwölbung des Epithels sich erheben; geschieht es tiefer in der Mucosa, so entsteht ein blasser Bezirk im ödematösen Bindegewebe. Mit Zunahme der Stauung beginnt die dem behinderten Lymphabfluss entsprechende Region sich emporzuheben, bis sich ein kleiner Polyp bildet. Hört die Zufuhr von infectiösem Material auf, und stellt sich die Lymphcirculation wieder her, so kann der Polyp verschwinden; bleibt aber das Lymphgefäss verlegt, so wächst der Polyp. Da es sich bei Bildung jedes Polypen nur um einen umschriebenen Bezirk von Lymphgefässen handelt, so haben sie, wie gross sie auch sein mögen, nur einen verhältnissmässig schmalen Stiel.

In dem Capitel über Therapie werden einige interessante Fälle von Behandlung von Nebenhöhlenerkrankungen mit opsonischen Vaccinen mitgetheilt.

Was die Radicaloperationen betrifft, so macht er bei dem Highmorshöhlenempyem mit einer besonderen Trephine (angefertigt von Mayer und Meltzer) ein grosses Loch — von der Grösse eines Sixpennystückes — in der Fossa canina. Von dieser Oeffnung aus kann die Höhle genau inspicirt werden. Dann wird die Trephine gegen den vorderen Theil der lateralen Sinuswand, der dem unteren Nasengang entspricht, angedrückt, durch den in der Nase eingeführten Finger das Septum geschützt und nun eine Oeffnung nach der Nase zugemacht, die vollkommen rund ist, glatte Ränder hat. Die Knochenscheibe und der entsprechende Theil der unteren Muschel bleiben in der Trephine stecken. Es ist eine leichte Operation, die den Vortheil hat, dass so wenig gesundes Gewebe wie möglich fortgenommen wird.

Bei Pansinusitis macht Verf. eine osteoplastische Operation, die freien Zugang zu den Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle sowie zu der Stirnhöhle gestattet, bei der aber keine Depression oder sonstige Entstellung zurückbleibt.

Es wird eine Incision längs der Augenbraue gegen die Nasenwurzel hin gemacht, von da aus nach unten direct längs der Mittellinie. Haut, Weichtheile und Periost werden über der Vorderwand der Stirnhöhle, deren Grösse vorher radiographisch festgestellt werden kann, nach oben geschoben und die Vorderwand bis 3—4 mm über dem Boden fortgenommen. Nachdem soviel von dem Boden, als nöthig erscheint, fortgenommen worden ist, wird eine zweite, ca. 2 cm lange Incision längs des inneren unteren Orbitalrandes gemacht, durch die die Fossa lacrymalis freigelegt wird, der Ductus wird nach aussen geschoben und dann mit Meissel und Hammer eine Oeffnung nach der Nasenhöhle geschaffen. Durch die Nase wird eine feine Säge eingeführt, die durch jene Oeffnung herausgeführt wird und der Processus nasalis des Oberkiefers durchgesägt; ein zweiter Sägeschnitt wird vom Sinus frontalis nach unten zu der Fossa lacrymalis geführt, der den Knochen von hinten nach vorne durchtrennt und die Weichtheile intact lässt. Wird der Processus nasalis des Oberkiefers von hinten her durchsägt, so wird die Art. facialis nicht durchtrennt und die Hauptblutzufuhr zu dem Lappen nicht aufgehoben. Die erste Incision wird dann mittels einer Säge vervollständigt; er geht

grade durch in den Ductus naso-frontalis nach unten, so dass das Nasenbein nahe der Mittellinie, aber noch nach aussen von seinem Ansatz am Septum durchtrennt wird. Der osteoplastische Lappen wird dann nach aussen geklappt; man hat freien Zugang zu der naso-frontalen Region und den Siebbeinzellen, die leicht — wenn nöthig — ausgekratzt werden können, ebenso wie das Keilbein. Die ganze eiternde Stirnhöhlenschleimhaut wird — wenn es sich um ein Empyem handelt, ausgekratzt und alle Fetzen entfernt. Der osteoplastische Lappen wird dann reponirt und die Incisionen vernäht. Verf. fügt Abbildungen von Patienten bei, die sich dieser Operation unterzogen haben, um das Fehlen jeder Entstellung zu zeigen.

Für die Keilbeinhöhle braucht Verf. einen dünnen, stumpfen Troikart und Canüle, woran eine Spritze angefügt wird, mit der zu diagnostischen Zwecken der Inhalt der Höhle aufgesaugt werden kann; eine Entfernung des Endes der mittleren Muschel ist dazu nicht nöthig. Autoreferat.

b) **André Castex** und **Lubet-Barbon. Oto-Rhino-Laryngologie.** Baillières et fils. Paris 1909.

Dies Compendium der Oto-Rhino-Laryngologie ist ein Theil der Traité de Chirurgie, dessen Herausgabe von A. Le. Dentu und Pierre Delbet besorgt wird.

Der erste Theil, der die Erkrankungen der Nasenhöhle und des Ohres behandelt, hat Castex zum Verfasser; alle unsere Kenntnisse über interessante Fragen in der Oto-Rhinologie kommen in trefflicher Weise zur Darstellung. In der üblichen Weise werden erst die verschiedenen Untersuchungsmethoden abgehandelt und dann die einzelnen Erkrankungen geschildert.

Der Abschnitt „Laryngologie" ist von Lubet-Barbon verfasst und zeichnet sich durch Klarheit, Genauigkeit und Reichhaltigkeit des klinischen Theiles aus.

Das Buch ist besonders für den allgemeinen Praktiker berechnet; er wird darin alles finden, was er für die Bedürfnisse der Praxis braucht. Auch der Specialist wird das Buch, das die Ergebnisse einer reichen Erfahrung enthält, mit Vergnügen lesen. E. J. Moure.

c) **Chauveau. Les maîtres de l'école de Paris.** J. B. Baillière et fils. Paris 1909.

Vorliegendes Buch bildet eine interessante historische Studie über die ältere französische Literatur der Halskrankheiten. Die verschiedenen Autoren aus der Mitte des letzten Jahrhunderts passiren nacheinander Revue. Eine besondere Erwähnung verdient Lassègue, der, wie erinnerlich, eine interessante Abhandlung über Anginen veröffentlichte, in der eine detailirte Schilderung der ganzen Pathologie der Rachenhöhle vom klinischen Standpunkt aus gegeben wird. Die Schilderungen Lassègue's sind, besonders in Bezug auf die Anginen der Eruptionsfieber, klassisch geblieben.

Man findet ferner in diesem Buch auch die Namen: D'Andral, Nelaton, Dupuytren und viele Andere, die der Medicin in Frankreich während des letzten Jahrhunderts zur Zierde gereicht haben.

Wer sich für die Geschichte unserer Disciplin interessirt, muss das Buch von

Anfang bis zu Ende lesen; er wird aus dieser Lectüre sicheren Nutzen ziehen. Er wird auch sehen, dass nicht alles neu unter der Sonne ist, was dafür ausgegeben wird und dass unsere Vorgänger, obwohl sehr unzureichend ausgerüstet, doch im Stande waren, einen Krankheitsfall zu studiren und das Vorhandensein von Erkrankungen zu vermuthen, die sie nicht zu Gesicht bekommen konnten.

Wir sind Chauveau für diese retrospective Studie, durch die unsere Erinnerung an viele leider heute in Vergessenheit gerathene Arbeiten wieder wachgerufen wird, den grössten Dank schuldig. E. J. Moure.

---

d) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

London, Sitzung vom 12. Juni 1908.

Vorsitzender: J. Ball.

Wahl des Vorstandes:

Vorsitzender: Dr. Dundas, Grant.

Stellvertretende Vorsitzende: Baltham Robinson, Charters Symonds; Dr. Watson Williams, Woods.

Schriftführer: Dr. Cathcart, Dr. Atwood Thorne.

Watson Williams: Bösartige Geschwulst des Septum und Nasenrachens, mittels osteoplastischer Operation von aussen entfernt.

Es handelte sich um eine 25jährige Frau. Ausgedehnte Infiltration des Septum und des Nasenrachendachs durch ein Rundzellensarkom mit starken Nasenblutungen. Es wurde durch Bildung eines osteoplastischen Lappens von der linken Seite her Zugang geschaffen. Die Incision ging längs des vorderen Randes des Nasenbeins und in die Nase hinein hinter diesen Knochen. Eine zweite Incision wurde gemacht, um Zugang zur Fossa lacrymalis zu schaffen, eine dünne Säge durch die Nase und durch die Fossa lacrymalis gezogen, der Processus nasalis des Oberkiefers durchtrennt, ohne dass die darüber liegenden Weichtheile verletzt wurden. Die beiden Nasenbeine wurden von dem Stirnbein mit dem Meissel getrennt, nachdem ein Horizontalschnitt gemacht war, der die beiden ersten Incisionen miteinander verband. Der osteoplastische Lappen wurde nach unten und aussen geklappt. Es wurde so ein ausgezeichneter Zugang geschaffen und der Operateur konnte das Septum, die Siebbeinzellen und die Nasenrachengeschwulst vollkommen entfernen. Der Lappen wurde reponirt und genäht, die Heilung ging ohne Zwischenfall vor sich; es blieb keine Deformität. Bisher kein Recidiv.

De Santi und Mc. Bride beglückwünschen den Vortragenden zu der gelungenen Operation.

Stuart Low erzielte in einem ähnlichen Fall ein gutes Resultat, indem er die innere und äussere Wand des Antrum und den Processus frontalis des Oberkiefers und das Nasenbein entfernte, nachdem der für die Oberkieferresection übliche Schnitt gemacht war.

Waggett bevorzugt die Operation nach Rougé als einfacher und sehr praktisch.

Watson Williams: Kehlkopferkrankung (zur Diagnose). (Vorgestellt in der Decembersitzung).

24jähriger Mann. Infiltration des linken Taschenbandes von zweifelhafter Natur, die auf die rechte Seite überging und im Februar die Tracheotomie nothwendig machte. Die mikroskopische Untersuchung ergab nichts von Tuberculose oder Syphilis. Keine Tuberkelbacillen. Calmettereaction 4 mal negativ. Keine Resultate mit Antisyphiliticis. Bisweilen Temperatursteigerung.

Sir Felix Semon führt Chiari's Fall von Epitheliom bei einem 16jährigen Mädchen an. Wenn keine maligne Erkrankung vorliegt, so kann es ein dunkler Fall von Perichondritis sein.

Jobson Horne fand in dem mikroskopischen Präparat Zeichen von Malignität.

Watson Williams: Skiagramm der Nasennebenhöhlen.

Tilley: 1. Grosser postnasaler vom Siebbein ausgehender Polyp bei einem 10jährigen Knaben. Entfernung.

Die Kieferhöhlen waren nicht erkrankt. Es fanden sich auch noch andere Polypen.

2. Subglottische Hyperplasie mit erheblicher Verengerung der Luftwege.

34jährige Frau, Singalesin. Es bestehen seit 13 Jahren Athembeschwerden. Keine Anzeichen von Syphilis.

Sir Felix Semon regt, da die Patientin, seitdem der Bericht eingegangen ist, an einer intercurrenten Erkrankung gestorben ist, an, eine Untersuchung auf Sklerom zu machen, da es bekannt ist, dass Singalesen von dieser Krankheit befallen werden.

Cargill, William Turner und St. Clair Thomson: Abscess des linken Stirnlappens von einem Empyem der linken Stirnhöhle ausgehend.

31jähriger Mann, wurde 21 Tage nach einer Influenza mit 37,8° Temperatur und linksseitiger Orbitalphlegmone eingeliefert. 14 Tage nach der Incision traten Cerebralsymptome auf mit ausgesprochener Neuritis optica. Turner eröffnete die linke Stirnhöhle, entfernte die erweichte hintere Wand und entleerte aus dem linken Stirnlappen Eiter. Culturversuche ergaben Reinculturen von Staphylococcus aureus. Die Neuritis optica ging zurück und es trat Heilung ein. Es war niemals in der Nase Eiter vorhanden gewesen. Es handelte sich also um einen Fall von acuter geschlossener eitriger Sinusitis.

Scanes Spicer betont die Möglichkeit einer Infection auf dem Blutwege, da sich kein Eiter in der Nase fand.

Stuart Low macht auf eine Verbiegung der Scheidewand aufmerksam, durch die die oberen Theile der linken Nasenhöhle verlegt werden.

St. Clair Thomson bespricht den Zusammenhang von Keilbeinerkrankung mit Thrombose des Sinus cavernosus, von Siebbeinempyem und Meningitis, vom

Stirnhöhlenempyem und Stirnlappenabscess. Es citirt einen Fall von gekreuztem Stirnlappenabscess.

Tilley erwähnt einen Fall von Stirnlappenabscess nach Stirnhöhlenempyem.

William Turner hat einen Fall operirt, in dem psychische Depression, subnormale Temperatur, doppelseitige Neuritis optica bestand und eine Fistel an der Stirne war, die auf cariösen Knochen führte. Auch war doppelseitige Ptosis vorhanden und die Hautvenen an der Stirn waren angeschwollen.

St. Clair Thomson: 1. Fälle vom Keilbeinhöhlenempyem.

Vier Fälle von geheiltem Keilbeinempyem. In jedem Fall war die Keilbeinhöhleneiterung ein Theil der Pansinusitis.

Der todte Raum zwischen der Spange und der hinteren Stirnhöhlenwand, der nach der Killian'schen Operation bleibt, bildet Gegenstand einer Discussion.

2. Starke Nasenscheidewandverbiegung. 3. Skiagramme der Keilbeinhöhlen.

Stuart Low: Operation der Angina Ludovici bei einer Frau mittleren Alters.

Es wurde ein tiefsitzender Abscess gefunden, der einen Speichelstein enthielt.

Mc Bride erhebt Einspruch gegen die Bezeichnung „Angina Ludovici"; es handele sich um eine durch einen Speichelstein verursachte Phlegmone.

Dan Mc Kenzie: Maligne Kehlkopferkrankung.

Jobson Horne: Pathogenese der Pachydermia laryngis verrucosa und diffusa.

Fünf Präparate, die zur Illustration der vom Vortragenden vertretenen Ansicht (Lancet 1899) dienen sollen, dass eine Epithelhyperplasie im Kehlkopf nicht immer als ein besonderes Ding für sich betrachtet werden könne. Sie könne eine locale Erscheinung einer allgemeinen Fibrose, einer allgemeinen Infection, wie Syphilis, einer örtlichen Erkrankung (Epitheliom) darstellen oder sie könne einen conservativen Vorgang bilden, um das Organ zu schützen und eine darunter sich abspielende Krankheit, z. B. Tuberculose, aufzuhalten. Die Serie von Präparaten illustrirt diese verschiedenen Bedingungen.

Sir Felix Semon: Hysterie mit sehr ungewöhnlichen Kehlkopferscheinungen.

28jährige Schullehrerin, die vor 14 Monaten in Folge von Ueberanstrengung verschiedene nervöse Erscheinungen an den Gliedmaassen zu zeigen begann. Später fing sie an zu stammeln; nach Application des faradischen Stroms auf den Hals wurde sie absolut stumm und blieb es zwei Monate lang, trotzdem sie sich alle Mühe gab, zu phoniren.

Um ihre Aufmerksamkeit abzulenken, wurden Manipulationen mit ihrer Zunge vorgenommen. Es trat plötzlich die Sprache wieder auf, die aber einen schreienden Charakter hatte und von lebhaften Verzerrungen des Gesichts begleitet war. Die Sprache war so, wie sie bei multipler Sklerose zu sein pflegt; die Aehnlichkeit fiel besonders auf, da Patienten mit letzterer Erkrankung auf derselben Abtheilung sich befanden.

Die Kehlkopfuntersuchung zeigte heftige Contraction des Vestibulum laryngis bei jedem Phonationsversuch. Es werden ähnliche Fälle von abwechselndem Spasmus und Paralyse angeführt.

Der Vorsitzende hat einen Fall von hysterischer Stummheit dadurch geheilt, dass er einfache Worte, wie „yes“ und „no“ aussprechen liess. In einem anderen Fall trat die Sprache wieder auf, als eine Mineralwasserflasche zersprang.

Sir Felix Semon: Fall einer Combination von Tuberculose und Syphilis im Kehlkopf (?).

44 jähriger Mann, der im Jahre 1902 Schwellung und Ulceration der rechten Aryknorpelgegend und der Stimmbänder zeigte, die den Eindruck einer tuberculösen Affection machten. Trotz des Fehlens von anamnestischen Angaben betreffend Syphilis, wurde doch eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet. Im Sputum fanden sich Tuberkelbacillen. Allmähliche Besserung. Nach einer Inunctionscur war Patient 5 Jahre lang ohne Erscheinungen. Im April 1908 traten an beiden Aryknorpelgegenden einige Flecke auf, die Condylomata lata ähnelten; auf der Haut entwickelte sich ein verdächtiger Ausschlag. Unter antisyphilitischer Behandlung ging die Affection auf der linken Seite zurück, während sich später in der rechten Arygegend ein ausgedehntes Geschwür entwickelte. Es bestand kein Anzeichen eines Aufflackerns der Tuberculose.

De Havilland Hall berichtet über Fälle von anscheinender Kehlkopftuberculose, die unter Jodkali heilten.

De Santi hat einen ähnlichen Fall von Lungen- und Kehlkopftuberculose mit „Tuberkelbacillen“ demonstrirt, in dem sich eine syphilitische Ulceration am Septum entwickelte. Unter Jodkali gingen die Erscheinungen an den Lungen und dem Kehlkopf zurück.

Sir Felix Semon macht auf den variirenden Charakter des Falles aufmerksam. Nach Jodkali nahm das Oedem des Stimmbandes nicht zu.

H. J. Davis: 1. Röntgenaufnahme, den Hajek'schen Haken in der rechten Keilbeinhöhle eines 5 jährigen Mädchens zeigend.

2. Präparate von normaler und hypertrophischer Gaumenmandel beim Schaf.

Die Bilder sind durchaus ähnlich denen beim Menschen.

3. Präparat von einem grossen gestielten Fibrom (Fibromyxom?), vom Nasenrachendach bei einem 9 jährigen Knaben entfernt.

4. Präparat, herstammend von der in der Aprilsitzung vorgestellten Frau, bei der eine Cyste auf dem rechten Nasenboden angenommen wurde.

Es handelte sich um eine solide Geschwulst.

5. Weiterer Bericht über den Fall der in der Märzsitzung vorgestellten 27 jährigen Frau mit fast vollständiger linksseitiger Nasenverstopfung.

Bei der Operation zeigte sich, dass die Verstopfung durch eine weit hinten in der Nase gelegene, möglicher Weise angeborene Schleimhautfalte bedingt war.

Donelan: Siebbein- und Keilbeinhöhleneiterung bei einem Patienten mit Gaumenspalte.

C. A. Parker: Neubildung der rechten Mandel mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

23 jährige Frau, bei der im August 1907 eine angebliche Hypertrophie der Mandel abgetragen wurde. Ein Recidiv wurde gleichfalls entfernt; die Untersuchung ergab lymphatisches Gewebe. Ein sehr ausgedehntes Recidiv ist eingetreten, das weder auf Arsen, noch auf Jod zurückgeht.

Creswell Baber, Lack, Tilley und De Havilland Hall halten den Fall für ein Lymphosarkom und sprechen über die zeitweiligen Besserungen nach Arsengebrauch.

Harmer: Pulsirendes Angiom der Nase. Ausgedehntes Angiom des Gesichts. Die Pulsation hörte auf bei Druck auf die rechte A. facialis und infraorbitalis.

Dan Mc Kenzie erwähnt die Behandlung Payr's (Graz) dieser Fälle mit „Pfeilen“ von Magnesium, wodurch eine Gerinnung bewirkt wird.

Bushland Jones: Bräunliche Anschwellung im Rachen (zur Diagnose).

Hill: Verwachsung des weichen Gaumens und des Pharynx nach Masern bei einem Knaben.

Sitzung vom November 1908.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Dundas Grant: Epitheliom des Kehlkopfeinganges und des Rachens bei einer 41 jährigen Frau.

Es handelte sich um einen malignen Tumor des Hypopharynx. Im Vordergrund der Symptome bestanden Schluckbeschwerden, die durch Anästhesininsufflationen vor dem Essen behoben wurden.

Sir Felix Semon fand Carcinom des Kehlkopfinnern bei Weibern selten.

William Hill möchte solche Fälle, wie den vorgestellten, nicht als Cancer extrinsèque, sondern als Pharynxcarcinom bezeichnet, wissen. Für die Bezeichnungen „intrinsèque“ und „extrinsèque“ setzt er „glottisch“ und „wandständig“.

Sir Felix Semon reclamirt die Bezeichnung „extrinsèque“ für die von der Epiglottis, den ary-epiglottischen Falten und der Aryknorpelgegend ausgehenden Carcinome; die Unterscheidung hat practischen Werth, indem Drüseninfectionen in solchen Fällen gewöhnlich, beim Cancer intrinsèque aber selten sind.

An der Discussion betheiligen sich noch: Jobson Horne, Scanes Spicer, der Vorsitzende.

Dundas Grant: Sinus thyreo-lingualis bei einem 14 jährigen Mädchen.

Der Sinus öffnete sich ungefähr 2 cm oberhalb des Jugulum sterni und erstreckte sich nach hinten und oben zum Zungenbein. Der grösste Theil des Ganges wurde excidirt, der obere Theil mit dem Galvanokauter verätzt.



Sir Felix Semon: Epitheliom der linken Stimmlippe. Thyreotomie December 1905. Recidiv.

Resection der linken Kehlkopfhälfte; seitdem ist der Kehlkopf gesund. Stimme laut. Es empfiehlt sich, in diesen Fällen die Weichtheile, die nach aussen von dem resecirten Knorpel gelegen sind, an die grossen Muskeln zu nähen, um die Tendenz zu Stridor herabzumindern.

Sir Felix Semon: Fall zur Diagnose: Tumor, der sich im Kehlkopf als grosse, rothe, glatte, nicht ulcerirte Geschwulst der linken ary-epiglottischen Region, aussen als grosse flache Schwellung hinter dem M. sterno-cleidomastoideus darstellt.

Pat. ist ein 45 jähriger Mann, bei dem vor 8 Jahren ein Tumor vom Mundboden entfernt worden war, von dem aber keine mikroskopische Untersuchung gemacht wurde. Es handelt sich möglicher Weise um ein weiches Fibrom.

St. Clair Thomson hält eine maligne Erkrankung für vorliegend.

Tilley empfiehlt Exstirpation des Kehlkopfes.

Herbert Tilley: Interarytaenoidale und subglottische Infiltration von 15 Monate Dauer; Dyspnoe, Tracheotomie.

Pyramidenförmige, nicht ulcerirte Schwellung, die von der Vorderfläche des rechten Aryknorpels ausgeht, ohne dass Behinderung der Beweglichkeit des Stimmbandes besteht. Grosse Jodkalidosen haben keinen Einfluss.

Demonstrirt mittels der directen Methode mit dem Brünings'schen Instrument.

C. A. Parker: Maligne Erkrankung der rechten Oberkieferhöhle und deren Nachbarschaft bei einem 68 jährigen Mann.

Seit 14 Monaten Absonderung aus der Nase, seit 3 Monaten äussere Schwellung nahe dem inneren Augenwinkel. Es besteht eine kleine Oeffnung im Alveolarfortsatz, durch die eine Sonde in die Höhle eingeführt und constatirt werden kann, dass eine Geschwulst vorhanden war, die die oberen und äusseren Partien des Antrum einnimmt.

Stuart Low räth, die entzündlichen Erscheinungen erst durch Vaccine-Einspritzungen zu behandeln, bevor man an die Entfernung der Geschwulst geht. Er hat zwei ähnliche Fälle mit Erfolg operirt, in denen der mikroskopische Befund zweifelhaft war.

Abercrombie: 1. Weiterer Bericht über einen Fall von eitriger Cervicalphlegmone und Epitheliom der Epiglottis.

Vorgestellt Januar 1907, November 1907. Es wurden Massen von epitheliomatösen Drüsen während des Jahres 1908 entfernt; dann Exitus.

2. Perforation des weichen Gaumens nach Scharlach im Kindesalter.

Bei dem 35 jährigen Patienten besteht eine Perforation des rechten Gaumenbogens und des Velums; dieselbe war nach einem schweren Scharlach mit Hals- und Mittelohrabscess im Alter von $4\frac{1}{2}$ Jahren constatirt worden. Die Perforation ist einseitig.

Sir Felix Semon hat in letzter Zeit solche Perforationen sich bilden sehen unter Umständen, die den Verdacht auf Pneumokokkeninvasion nahe legten.

Scholefield hat unter 3000 Fällen von Scharlachfieber 4—5 solche Fälle gesehen. Nach Abheilung der Ulceration war überraschend wenig Narbengewebe zu sehen.

An der Discussion betheiligen sich noch: Paterson, Hill, Mac Dongall, Clayton Fox, Dan Mc Kenzie.

St. Clair Thomson: Kehlkopfschwindel im Frühstadium der Tabes.

Während der letzten 18 Monate hat Patient mehrere Anfälle gehabt, die mit einem Erstickungsgefühl begannen und mit Verlust des Bewusstseins endeten. Es bestanden ausgesprochene Anzeichen von Tabes; das linke Stimmband war in Cadaverstellung fixirt.

Lambert Lack hat 3 ähnliche Fälle mit Erstickungsgefühl und Schwinden des Bewusstseins beobachtet; jedoch waren in keinem Symptome von Tabes vorhanden. Einer zeigte das Bild der multiplen Sklerose, in einem andern folgten die Anfälle auf eine influenzaähnliche Erkrankung.

Sir Felix Semon ist mit der Bezeichnung „Kehlkopfschwindel“ nicht einverstanden. Es scheine sich vielmehr um Kehlkopfkrisen zu handeln. Er hat über einen tödtlich verlaufenden Fall gelesen; im Allgemeinen aber nimmt die Heftigkeit dieser Anfälle ab, wenn die Lähmung der Spanner und Adductoren zunimmt.

Fitzgerald Powell erwähnt einen Fall von progressiver Paralyse, wo derartige Anfälle mit Cyanose und Bewusstseinverlust auftraten.

Parker hat einen ähnlichen Fall gesehen, wo sich die Symptome der Tabes erst später entwickelten.

Horsford berichtet über einen Fall von nächtlichen Erstickungsanfällen mit doppelseitiger Abductorlähmung.

Sir Felix Semom, der Vorsitzende und St. Clair Thomson discutiren über die Nomenclatur dieser Fälle. Es wird auf eine diesbezügliche Arbeit von Mc Bride verwiesen.

Gay French: Ausgedehnte Fractur der Stirnhöhlenwände.

Patient, ein 70jähriger Mann, erhielt vor 6 Jahren von einem Trittbrett eines in Bewegung befindlichen Eisenbahnzuges einen Stoss vor den Kopf. Es entstand an der Stirn eine ca. 8 cm lange Wunde, die Vorderwand der grossen Stirnhöhle wurde eingedrückt, die Hinterwand der linken Höhle fracturirt und die Dura verletzt. Alle Fragmente wurden entfernt, die Dura genäht. Heilung ohne jeden Zwischenfall.

Harold Barwell: Angeborener Verschluss der rechten Choane.

Es handelt sich um eine 25jährigen Frau.

Creswell Baber hat 2 derartige Fälle mit Gesichtshemiatrophie auf der entgegengesetzten Seite beobachtet, auch einen Fall von doppelseitigem Verschluss mit Hemiatrophie.

Bary Ball sagt, dass die Deformation im vorgestellten Fall hauptsächlich

in einer Verbiegung des hinteren Septumrandes besteht und schlägt submucöse Resection vor.

Scanes Spicer ist derselben Meinung.

Watson Williams meint, es würde schwierig sein, die Obstruction zu heben, ohne den hinteren Theil des Septums zu entfernen.

Mac Donall hat einen Fall durch Bougieren nach der Incision behandelt.

Paterson meint, dass diese Verschlüsse durch eine persistirende bucconasale Membran bedingt seien.

Clayton Fox ist der Ansicht, dass diese Theilung weiter hinten gelegen ist, während in den vorliegenden Fällen es sich um eine Verschmelzung der die Choane bildenden Elemente handelt.

William Hill: Primäres Epitheliom der hinteren Pharynxwand.

Es handelte sich um eine 39jährige Frau. Pharynx und Oesophagus waren frei.

Dan Mc Kenzie: Kehlkopftuberculose.

51jähriger Mann. Der Kehlkopf zeigt das Bild einer malignen Erkrankung.

Stuart Low: 1. Recidivirende Epistaxis bei Nasenepitheliom. 61jähriger Mann.

2. Frau mit Rhinosclerom.

(Bereits in einer vorhergehenden Sitzung vorgestellt.)
Discussion über die Diagnose.

Cathcarts: Septumverbiegung mit völligem Verschluss der rechten Nasenhälfte.

Es handelte sich um einen Schauspieler, bei dem die Athmung und Stimmbildung beeinträchtigt wird.

Lambert Lack: Lupus erythematodes des Gesichts mit Flecken auf der Gaumen- und Wangenschleimhaut.

Jobson Horne: Krebs des Kehlkopfinnern bei einer 64jährigen Frau.

Es handelt sich wahrscheinlich um eine gutartige Geschwulst.

Arthur Evans: Carcinom der rechten Aryknorpelgegend.

Es wurde ein grosses Stück entfernt, um die Athmung zu erleichtern.

Watson Williams: Operationsmodelle für Pansinusitis.

E. B. Waggett.

---

e) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Januar 1909.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Fein: Verwachsung des hinteren Randes des Epiglottis mit der Rachenwand nach Kalilaugenverätzung bis auf eine etwa bohnengrosse Oeffnung, durch welche die Speisen meist in den Larynx anstatt in die Speise-

röhre gelangten. Gastrostomie. Weder die stumpfe Dilatation noch die etappenweise Ablösung mit dem Messer hatte Erfolg.

2. Marcus stellt einen Fall von Bronchostenose infolge postluetischer Narbenbildung vor.

3. O. Chiari demonstrirt einen Fall von Totalexstirpation des Larynx wegen Carcinoms, vor 3 Wochen ausgeführt. Heilung ohne Complication. Ungehinderter Schluckact, Patient kann mit Flüstersprache sprechen, von jetzt ab Sprechübungen.

4. Glas demonstrirt 1. einen Fall von primärem Schleimhautpemphigus ohne Hautefflorescenzen, 2. einen Fall von perverser inspiratorischer Stimmbandbewegung mit hochgradigen laryngospastischen Anfällen infolge besonderer Uebererregbarkeit des Adductorencentrums. Für Tabes kein Anhaltspunkt.

Discusssion: Kahler fragt, ob das Phänomen auch bei Cocainisirung wahrnehmbar ist, was Glas bejaht. Fein empfiehlt Athemübungen anzustellen.

5. Kahler demonstrirt ein Stück einer Haselnussschale, die er auf endoskopischem Wege aus dem rechten Bronchus eines 18jährigen Burschen entfernte.

6. Hanszel demonstrirt einen Bilderhaken, der durch 48 Jahre im Siebbein eines Patienten verborgen geblieben war, bis er zufällig bei Freimachung der gänzlich verschlossenen Nasenseite extrahirt wurde. Während die Stirnhöhle und die Siebbeinzellen sich als eitrig erkrankt erwiesen, war die Kieferhöhle nicht miterkrankt.

7. Hajek macht Mittheilung über zwei operative Todesfälle nach Stirnhöhlenoperation.

Sitzung vom 3. Februar 1909.

1. A. Heindl stellt einen Fall von Pemphigus in Mund, Rachen und Kehlkopf vor.

2. Kahler demonstrirt einen Patienten der Klinik Chiari, bei welchem sich im Anschluss an eine acute Periostitis des grossen Zungenbeinhornes dieses sequestrirte.

Discussion: Hajek sah einen ähnlichen Fall auf luetischer Grundlage.

3. Glas demonstrirt mittelst directer Tracheoskopie einen Tumor der hinteren und rechten Trachealwand, der wahrscheinlich ein Sarkom der Trachea ist.

Discussion: Heindl, Grossmann, Glas.

Sitzung vom 3. März 1909.

1. O. Chiari demonstrirt einen 58jährigen Mann, bei welchem wegen Schmerzen im rechten Oberkiefer mit leichter Vorwölbung der Wangengegend nach Eröffnung von der facialen Wand ein der hinteren und seitlichen Wand der Kieferhöhle breit aufsitzendes Fibrom entfernt wurde.

2. Kahler stellt einen 34jährigen Mann vor, bei dem sich am Alveolarfortsatz ein exulcerirter Tumor befindet, der klinisch die Symptome eines



malignen Tumors, histologisch jedoch das Bild eines ödematösen Fibroms zeigt. In der Annahme, dass doch möglicherweise in der Tiefe ein maligner Geschwulstkeim vorhanden ist, wird die Oberkieferresection vorgenommen werden.

3. Marschik stellt einen 47jährigen Mann mit Cylindrom des linken Oberkiefers vor.

Discussion: Koschier.

Weiter demonstrirt Marschik das Präparat einer vor einigen Tagen an sog. „primärer infectiöser Phlegmone des Rachens nach Senator" verstorbenen 30jährigen Frau.

4. Kofler führt eine 17jährige Patientin vor, welche Synechien in der Nase nach Masern hat.

5. Menzel demonstrirt a) einen Fall von beiderseitiger Nasenflügelansaugung, welche er mittelst Paraffininjectionen in den untersten Theil der Nasenflügelfurche mit Erfolg behandelte, b) ein Lymphosarkom des Rachens und der Nase, c) einen harten Schanker beider Tonsillen, welcher diagnostische Schwierigkeiten darbot.

6. Hutter stellt ein Rhinosklerom vor mit dem relativ seltenen Befund von Tumormassen im Nasopharynx.

7. Braun stellt einen Fall von Morb. macul. Werlhofii vor mit zahlreichen Petechien in der Schleimhaut der oberen Luftwege.

Discussion: Menzel, Chiari.

8. Adalbert Heindl bespricht an der Hand eines vorgestellten Falles die Differentialdiagnose zwischen gummöser Erkrankung des Stirnbeins gegenüber Stirnhöhlenempyemen

9. Marschik berichtet ebenfalls über zwei Fälle von Periostitis luetica frontalis, in welchen die Röntgenographie wesentlich zur Diagnose verhalf.

10. Grossmann hält einen Vortrag über Dyspnoe und Apnoe.

Sitzung vom 14. April 1909.

Menzel stellt einen 51jährigen Mann vor, welcher eine seit 16 Jahren bestehende partielle Recurrenslähmung links und ausserdem krampfartige Zuckungen und Contractionen der rechten Larynxseite auf wahrscheinlich syringomyelitischer Grundlage aufweist. Diese Diagnose stützt sich auf grössere Reihe nervöser Störungen des typischen Bildes der Syringomyelie.

Menzel stellt einen jungen Mann vor, welcher in seinem dritten Lebensjahre eine den Gaumen penetrirende Kuhhornverletzung des weichen und harten Gaumens erlitten hat. Gegenwärtig sieht man die entsprechende Narbe. Es besteht keinerlei Functionsstörung.

Marschik demonstrirt aus der Klinik Chiari drei Fremdkörper (Gebiss, Knochenstück, Tapezirernagel), welche endoskopisch aus dem Oesophagus resp. dem Bronchus entfernt wurden. Der bronchoskopische Fall betrifft einen 11jährigen Knaben, welcher einen 1,5 cm langen Tapezirernagel mit breitem Messingknopf vor 14 Tagen aspirirt hatte. Nach der Entfernung mittelst oberer, directer

Bronchoskopie gingen das Fieber und die anderen Entzündungserscheinungen bis auf ein pleuritisches Exsudat in 4 Tagen zurück.

O. Hirsch stellt 4 Patienten vor, welche er wegen chronischer suppurativer Antritis nach seiner Methode (Laryngol. Gesellsch. vom 1. April 1908) operirte, welche im Wesentlichen in einer temporären Resection der unteren Muschel und Anlegung einer Oeffnung im unteren Nasengang mit folgender Annähung der Muschel in ihrer früheren Stellung besteht.

In der Discussion vertritt Réthi den Standpunkt, dass bei räumlich günstigen Verhältnissen die zeitraubende präliminare Resection überflüssig ist, bei engen Nasen die Grundbedingungen zur Heilung ungünstig sind und, da man nicht weiss, ob nicht ein schwerer Fall vorliegt, die Methode der breiten Eröffnung von innen (nach Réthi) gewiss vorzuziehen ist. Während Marschik und Glas Bedenken gegen die Methode nach Hirsch äussern, weist Weil auf einen Vortheil dieser Methode hin, der in der Schonung eines normalen Organs — der unteren Muschel — besteht, deren Beseitigung für die Heilung eines Kieferhöhlenempyems durchaus nicht nöthig ist.

H. Stern bespricht die Sprachtherapie nach operirtem Wolfsrachen und der Rhinolalia aperta im Allgemeinen.

Hutter spricht über einen Fall von Fremdkörper in der Kieferhöhle. Eine Gummiprothese des Alveolarcanales schlüpfte in die Höhle und nach längerem Verweilen durch die laterale Nasenwand in die Nase. Der Fremdkörper wurde trotz Eröffnung von der Fossa canina nicht gefunden, sondern erst jetzt nach 9 Jahren gelegentlich einer Polypenoperation dieser Nasenseite extrahirt.

Hajek demonstrirt Haken zur Abhaltung der Wangen bei der Radicaloperation der Kieferhöhle.

Grossmann setzt seinen Vortrag über Dyspnoe und Apnoe fort.

Sitzung vom 12. Mai 1909.

Vorsitzender: O. Chiari.

1. Glas stellt einen wegen chronischer Stirnhöhleneiterung nach Killian radical operirten Patienten vor, bei welchem eine Nekrose der hinteren Wand die absolute Indication zur radicalen Operation bot. Heilung.

Discussion: Marschik beobachtete einmal nach der Radicaloperation nach Killian Doppelbilder infolge Lähmung des Obliquus inferior, offenbar durch straffes Zusammennähen der Muskeln, wodurch der Bulbus nach innen oben über die Norm fixirt war. Diese Doppelbilder belästigten weniger als die gewöhnlichen und gingen langsam zurück.

2. Glas demonstrirt einen 72jährigen Mann mit Plattenepithelcarcinom der vorderen Commissur.

3. Weil demonstrirt einen grossen Rhinolithen, ferner ein Knochenstück aus dem Nasenrachenraum eines Knaben, welches offenbar bei einem Brechacte während des Keuchhustens dahin gelangt war.

Discussion: Roth und Réthi, welche betonen, dass zu dieser Erklärung

angenommen werden muss, dass der Abschluss gegen die Nase ausnahmsweise nicht rasch oder nicht energisch genug stattgefunden hat.

In der Discussion zu Hajek's Vortrag: Ueber operative Todesfälle bei Stirnhöhlenoperationen spricht Weil, welcher darauf hinweist, dass die eigentliche Todesursache im beiden Fällen darin zu suchen sei, dass sie überhaupt operirt wurden, und welcher die strengste Indication zur Vornahme der Stirnhöhlenoperation verlangt. Mittheilung einiger Fälle von conservativ behandelten und geheilten acuten Stirnhöhleneiterungen mit oft stürmischen Begleiterscheinungen.

Marschik berichtet über 3 Todesfälle im Anschluss an die 54 Radicaloperationen nach Killian, die in den letzten 5 Jahren an der Klinik ausgeführt wurden. In 2 Fällen bestand schon vor der Operation ein Hirnabscess, im 3. Falle traten mehrere Tage p. oper. Symptome einer Meningitis auf, welcher der Patient erlag. M. weist auf die Wichtigkeit hin, die Gegend der Lamina cribr. nie mit Gaze, sondern mit Drainrohr zu drainiren, um Secretretention zu verhindern.

Glas spricht über die Indication zur Radicaloperation, die er in vielen Fällen als absolut erachtet und möchte hinsichtlich der Infectionsgefahr besondere Beachtung schenken dem Gebiete der Lamina cribrosa und der hoch hinaufragenden Infundibularzellen, sowie dem lateralen und oberen Randgebiete des Sinus.

Koschier stellt die Indication sehr rigoros, besonders seitdem auch er einen postoperativen Todesfall (metastatische Abscesse in beiden Lungen) zu beklagen hat.

O. Chiari fand in 6 Fällen Defecte der hinteren Wand mit blossliegender Dura vor, in welchen die Radicaloperation Heilung brachte.

Hajek polemisirt in seinem Schlussworte gegen die Ausführungen resp. Einwendungen Weil's, indem er auf sein in 3. Auflage erschienenes Buch hinweist, wonach er den extremen Flügel der conservativen Operateure repräsentirt und dankt weiters allen denjenigen Herren, die in der Discussion einen Beitrag geliefert haben.

4. Kahler stellt aus der Klinik vor: einen 61jähr. Patienten, bei dem er mittelst oberer Tracheoskopie einen an der Bifurcation sitzenden tubulären Drüsenkrebs mit der galvanokaustischen Schlinge abgetragen hat, berichtet ferner über eine endoskopische Fremdkörperextraction aus dem rechten Bronchus eines 14 Monat alten Kindes und demonstrirt eine von ihm angegebene Modification des Leiter'schen Panelektroskops (verstellbarer Handgriff, freie Einführungsmöglichkeit von Extractionsinstrumenten).

5. Fein spricht in einem Vortrage über seine Methode der submucösen Fensterresection, deren Wesen darin besteht, dass das zu resecirende Knorpelstück nicht vorerst auf beiden Seiten von der Mucosa entblösst wird, sondern zunächst nur auf einer Seite, sodann in entsprechender Form umschnitten und schliesslich von der Schleimhaut der anderen Seite abgehoben wird. Perforationen würden leichter vermieden, doch ist die Methode nur im Bereiche des Knorpels anwendbar.

In der Discussion besprechen Glas, Kahler, Marschik und Weil die

ihnen am zweckmässigst erscheinenden Arten der Technik, um Perforationen zu vermeiden.

6. Grossmann hält den Schlusstheil seines Vortrags über Apnoe und Dyspnoe (publicirt in der Wiener med. Wochenschr. No. 19—24. 1909).

Hierzu bespricht Chiari einen Fall, in welchem durch Morphium das Athmungscentrum fast völlig gelähmt war und die künstliche Athmung erst nach erfolgter Tracheotomie und Aussaugung der Trachea Erfolg hatte. Den Lungenalveolen müsse also bei allen Erstickungen möglichst reichlich und ungehindert Luft zugeführt werden und macht der von Grossmann angezogene einzige Todesfall infolge plötzlichen Eindringens grosser Luftmengen nach der Tracheotomie ganz den Eindruck einer Luftembolie. — Kahler glaubt, dass unter dem von Grossmann berichteten Fall von Apnoe und folgender Pneumonie (Exitus) nach Tracheotomie bei einem Tabetiker eine Vaguserkrankung vorgelegen habe und wird nach Abschluss der Untersuchungen darüber berichten.

Hajek erklärt, dass der von Grossmann statuirte specifische Herztod nach Larynxexstirpation durch die Praxis keinesfalls betätigt wird und ersucht um diesbezügliche Erklärung.

Grossmann hält in seinem Schlussworte seine eben begründete Ansicht über die klinisch physiologischen Vorgänge aufrecht und sucht den Grund dafür, dass der Herztod nach Larynxexstirpationen seit 15 Jahren nicht mehr beobachtet wurde, in der Asepsis liegend.

Hanszel.

---

f) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 3. April 1909.

Vorsitzender: C. B. Lagerlöf.

Holmgren berichtet über 1. einen Fall von Papilloma laryngis: eine 26jährige Frau litt seit 3 Monaten an zunehmender Heiserkeit; auf dem linken Stimmband wurde ein grau-gelatinöser, stecknadelkopfgrosser Tumor mit breiter Basis angetroffen. Der Tumor wurde exstirpirt. Histologische Diagnose: Papilloma.

2. Einen Fall von Fibroma cavernosum laryngis. Ein 47jähriger Mann ist seit einem halben Jahre apnoisch und hustet besonders in der letzten Zeit Blut esslöffelweise aus. Ein Bruder des Pat. erlag einem Kehlkopfkrebs. Die Lungen gesund. Am rechten Sinus Morgagni ein gestielter, haselnussgrosser, stark röthlicher Tumor, der mit seinem Körper im subglottischen Raum hängt. Der Tumor wurde exstirpirt und zeigte sich hinsichtlich seiner Structur als ein Fibroma cavernosum.

3. Einen Fall von Carcinoma laryngis. Ein 43jähriger Circusartist war seit 4 Jahren von Schlundschmerzen und in der letzten Zeit von blutigem Schleim im Halse belästigt. Von verschiedenen Aerzten wurde Pat. mit Jodkali behandelt. Ein ulcerirter Tumor vom linken Sinus piriformis ausgehend erstreckt sich über einen Theil der Basis linguae, über Epiglottis und die Schlundwand.



Die histologische Untersuchung ergab Cancer. 8 Tage nach der Operation (Totalexstirpation) starb der Patient nach einer heftigen Blutung aus der Wunde.

4. Ueber Massnahmen, den Larynx-Tuberculösen Hospitalspflege zu bringen. Discussion.

Sitzung vom 22. April 1909.

Vorsitzender: E. Stangenberg.

Flodqvist demonstrirt einen Fall von doppelseitigem chronischem Stirnhöhlenempyem, das mehrmals operirt war. Die Einseknung der Stirn wurde mit Paraffininjectionen mit gutem Erfolge corrigirt.

Holmgrem berichtet über zwei Fälle von Ethmoiditis purulenta p. scarlatinam mit subperiostalem Orbitalabscess. Nach Incision von aussen wurde der Abscess entleert und das Siebbein ausgeräumt. Heilung.

III. Briefkasten.

Personalnachricht.

Henry T. Butlin ist beim ersten Wahlgang einstimmig zum Präsidenten des Royal College of Surgeons gewählt worden. Diese Nachricht wird in laryngologischen Kreisen mit lebhaftester Befriedigung aufgenommen werden. Ist es doch das erste Mal, dass jene grosse Ehre einem Manne zu Theil wird, dessen Lebensarbeit zum hauptsächlichsten Theil der Laryngologie zu gute gekommen ist. Wenn Butlin's Thätigkeit heute auch fast ausschliesslich auf chirurgischem Gebiete liegt, so darf doch nicht vergessen werden, in wie hervorragender Weise die Laryngologie durch seine Arbeiten gefördert worden ist; es sei nur an seine Studien über den Kehlkopfkrebs erinnert, aus denen die Therapie jener unheilvollen Krankheit den grössten Gewinn gezogen hat, sowie an sein geradezu klassisches Buch über die Erkrankungen der Zunge. Butlin war der Vorgänger Semon's in der Leitung der Abtheilung für Halskrankheiten am St. Bartholemews Hospital; Jahre lang führte er den Vorsitz der Laryngological Society of London.

Danksagung.

15. August 1909.

Da mir bisher das Verzeichniss derjenigen Freunde und Collegen, welche die Güte gehabt haben, sich an der Stiftung zu betheiligen, welche meinen Namen tragen soll, nicht zugegangen ist, und da ich im nächsten Monat eine aussereuropäische Reise antreten werde, welche mich bis zum nächsten Juli fernhalten wird, erlaube ich mir, auf diesem Wege den Collegen aus aller Herren Ländern, welche, wie ich höre, zu dieser Stiftung beigetragen haben, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Sie mögen versichert sein, dass nichts mir so grosse Freude hat machen können, als die Begründung einer Stiftung, deren Ertrag dem Fortschritt der Laryngologie zu gute kommen und gleichzeitig die Erinnerung an meine Bemühungen für das Gedeihen und die Unabhängigkeit unserer Specialität erhalten soll.

Felix Semon.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's
Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, October. 1909. No. 10.

I. Die laryngologische Section des XVI. Internationalen Congresses in Budapest.

Betrachtet man den Verlauf des letzten Internationalen Medicinischen Congresses vom Standpunkt unserer Section, so kann man sagen: er entsprach den günstigen Auspicien, unter denen er begonnen wurde. Zum ersten Male seit langer Zeit wieder konnten wir Laryngologen uns zu einem Congress begeben, ohne dass uns die Freude und Lust an der Sache durch den bis zum Ueberdruss gekämpften unerquicklichen Kampf um die Selbstständigkeit unserer Section schon von vornherein beeinträchtigt worden wäre. Die Congressleitung in Budapest hat unseres Wissens keinen Versuch gemacht, diese Selbstständigkeit anzutasten. Wir verdanken das wohl in erster Linie dem Einfluss und den Bemühungen des ehrwürdigen Präsidenten der Section, E. v. Navratil. Wir glauben nur der allgemeinen Stimmung Ausdruck zu verleihen, wenn wir ihm und den übrigen Herren des Organisationscomités, unter denen der unermüdliche und trotz der auf ihm lastenden Arbeitsfülle stets gleichmässig freundliche und geduldige Schriftführer Donogany noch besonderer Erwähnung verdient, auch an dieser Stelle den Dank der Section aussprechen. Als Beweis dafür, wie gut die Sectionsleitung functionirte, kann auch gelten, dass es gelang, das ganze sehr reichhaltige Programm der Verhandlungen aufzuarbeiten. Ziehen wir das Facit des Ganzen, so entspricht es dem, was man als das Ergebniss derartiger Veranstaltungen anzusehen gewohnt ist: es ist nicht so sehr das Zutagefördern von wirklich Neuem, was ihnen Signatur und Bedeutung verleiht; ihr hauptsächlicher Werth besteht vielmehr darin, dass die Fachgenossen sich persönlich näher treten, alte freundschaftliche Beziehungen erneuert und gefestigt, sowie neue angeknüpft werden, vor allem jedoch darin, dass es über actuelle und controverse Fragen, die im Mittelpunkt des Interesses stehen, zur Aussprache kommt und man erkennen kann, welches die zur Zeit herrschende Anschauung in Bezug auf diese Fragen ist. Der erste Zweck, die Schaffung eines näheren persönlichen Contacts unter den Fachgenossen, wurde in dankenswerthester Weise gefördert durch die freundlichen Bemühungen der Budapester Collegen, die sich in Aufmerksamkeiten und Liebens-

würdigkeiten geradezu erschöpften. Was die altgerühmte magyarische Gastfreundschaft bedeutet, das hat in den Congresstagen wohl Jeder von uns am eigenen Leibe — im buchstäblichen Sinn des Wortes — bis zur Grenze der Aufnahmefähigkeit erfahren.

Dass in den Verhandlungen auch der von uns oben als der bedeutsamste bezeichnete Zweck, nämlich die Klärung brennender und wichtiger Fragen, erfüllt wurde, dafür diene als Beispiel die Discussion über Nebenhöhlenerkrankungen, die durch die vorzüglichen Referate Killian's und Hajek's eingeleitet wurde und deren Verlauf wohl bei allen Anwesenden die Ueberzeugung befestigte, dsss heute die einer conservativen Therapie huldigende Richtung entschieden das Uebergewicht hat. Ebenso anregend und ergebnissreich waren die Discussionen, die sich an die ausgezeichneten Referate Semon's und Chiari's, bezw. Broeckaert's über Kehlkopfcarcinom und über den Stand der Recurrensfrage knüpften.

Dass die Furcht, die internationalen Specialcongresse könnten den allgemeinen medicinischen Congressen nennenswerthen Abbruch thun, unbegründet ist, ergiebt sich aus dem sehr regen Besuch, dessen sich die Section trotz des im vorigen Jahr stattgefundenen internationalen Laryngologencongresses zu erfreuen hatte. Ausser den Budapester Collegen, die wohl fast vollzählig zur Stelle waren und sich sehr rege an den Verhandlungen betheiligten, seien, ohne dass die Liste irgendwie Anspruch auf Vollständigkeit machen kann, von den Anwesenden folgende namhaft gemacht: Bresgen, Broeckaert, Castex, Chiari, von Eicken, Ferreri, Flatau, W. Freudenthal, Gleitsmann, Gluck, Dundas Grant, Gutzmann, Hajek, Heryng, Heymann, Jansen, Ingals, Katzenstein, Killian, Koschier, Emil Mayer, Massei, Moure, Schmiegelow, Semon, Thost, Uchermann, Zwaardemaker u. a. m.

Wenn ich nun im Folgenden einigen Erwägungen Ausdruck gebe, die sich mir im Verlauf der Verhandlungen aufgedrängt haben, so geschieht dies nur, um für die Zukunft vielleicht eine Anregung zu geben.

Der erste Punkt betrifft die Ehrenpräsidenten. In weitgehendster Courtoisie und in dem gewiss recht anerkennenswerthen Bestreben, keinen zurückzusetzen und allen gerecht zu werden, hatte der Vorstand eine so reichhaltige Liste von Ehrenpräsidenten aufgestellt, dass fast jedem zweiten Mitglied der Section diese Ehre zu theil wurde und dass in jeder Sitzung drei Ehrenpräsidenten fungiren mussten. Will man, was schliesslich wohl das rationellste wäre, mit dieser Institution nicht ganz brechen, so beschränke man sich darauf, drei oder vier Männern, die durch ganz besondere Verdienste dazu qualificirt sind, diese Auszeichnung zu theil werden zu lassen. Die Gefahr, Eifersucht und Missstimmung durch die Wahl zu erregen, wird man niemals ganz vermeiden können; denn wenn von hundert Anwesenden auch neunzig zu Ehrenpräsidenten gewählt werden, kann man sicher sein, dass von den übrig bleibenden zehn noch mindestens die Hälfte sich zurückgesetzt und beleidigt fühlen wird.

Ein zweiter Punkt betrifft die Referate. Das Organisationscomité hatte in sehr dankenswerther Weise dafür gesorgt, dass die Referate gedruckt und zu einem Bande vereinigt bereits einige Wochen vor dem Congress in den Händen eines grossen Theiles der Sectionsmitglieder sich befanden. Diesen war damit

die willkommene Gelegenheit gegeben, die Referate bereits vorher in aller Musse zu studiren. Unter diesen Umständen war es überflüssig, zeitraubend und wirkte ermüdend, dass einige der Referenten ihre Referate in extenso vorlasen. Wenn in Zukunft dafür Sorge getragen wird, dass alle Sectionsmitglieder rechtzeitig sich im Besitz der gedruckten Referate befinden, so könnte der Referent sich darauf beschränken, einige Erläuterungen und Bemerkungen zu seinem Referat vorzutragen, was zeitersparend und vereinfachend wirken würde. In Erkenntniss des Missstandes, als welcher sich das unverkürzte Vorlesen der Referate herausgestellt hat, ist auch von dem vorbereitenden Comité für die Internationalen Laryngologencongresse bereits ein Beschluss im obigen Sinne gefasst worden.

Ferner bedürften unseres Erachtens die Discussionen insofern einer Remedur, als es unbedingt untersagt werden müsste, in denselben völlig ausgearbeitete Exposés zur Verlesung zu bringen. Was der Discussion Werth und Reiz verleiht, ist die freie Aussprache, der Wechsel von Rede und Gegenrede. Die Discussion verfehlt ihren Zweck, wenn dabei schriftliche Ausarbeitungen, die doch wieder nichts anderes sind, als kleine Vorträge für sich, zur Vorlesung gebracht werden. Es war ganz evident, wie das Interesse des Auditoriums erlahmte, wenn ein Redner seine Ausführungen vom Concept ablas, und wie es sich wieder belebte, sobald frei gesprochen wurde. Oratorische Glanzleistungen brauchen ja während der Discussion gar nicht zu Tage gefördert zu werden, und seiner Meinung an der Hand kurzer Notizen in einer der Congresssprachen verständlichen Ausdruck zu verleihen, dazu dürfte wohl — sollte man meinen — jeder im Stande sein.

Die erwähnten Punkte, deren Aenderung mir wünschenswerth erscheint, betreffen Aeusserlichkeiten, die auch nicht im entferntesten im Stande waren, den Gesammteindruck der Budapester Congresstage zu beeinträchtigen, die für alle Theilnehmer gewiss stets eine nachhaltige und angenehme Erinnerung bilden werden.

Finder.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **Kelbling** (Bad Salzbrunn). **Die Behandlung von Krankheiten der Luftwege in Bad Salzbrunn unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungen der Krankheiten der oberen zu denen der tieferen Wege.** *Medic. Klinik. 12. 1909.*

Besprechung der Behandlungserfolge mit Hülfe der Brunnencur und der übrigen in Salzbrunn zur Verfügung stehenden Curmittel, wobei die locale Behandlung, besonders die der Nase nicht unterlassen werden darf.

SEIFERT.

2) **G. Seiffert** (Frankfurt a. M.). **Ueber den Bordet'schen Keuchhustenbacillus.** *Münchener med. Wochenschr. No. 3. 1909.*

Auf Grund seiner in dem Frankfurter Institut für experimentelle Therapie angestellten Untersuchungen an einem Material von 16 Fällen kommt Seiffert — unter Berücksichtigung der bisher in der Literatur niedergelegten Ergebnisse — zu folgenden Schlüssen:

„Der Bacillus pertussis Bordet ist von Influenza- oder influenzaartigen Stäbchen sicher unterscheidbar. So gut wie stets ist er im Sputum frisch Erkrankter zu finden und verschwindet mit dem Nachlassen der Krankheit. Er wird von dem Serum Keuchhustenkranker agglutinirt, eine deutliche Complementablenkung mit dem Serum keuchhustenkranker Reconvalescenten ist vorhanden. Die Zahl der Befunde und Versuche, die die ätiologische Bedeutung des Keuchhustenbacillus beweisen, ist immer noch nicht zu einem endgültigen Urtheil ausreichend. Weitere Nachuntersuchungen sind daher durchaus wünschenswerth. Jedenfalls ist der Bordetbacillus der einzige, für den eine Reihe nach mancherlei Richtung hin beweisender Befunde für seine ätiologische Bedeutung beim Keuchhusten vorliegen.

HECHT.

3) **Hecht** (München). **Die klinische Verwerthung pathologisch-histologischer Diagnosen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde etc. Heft 11. 1908.*

Ref. berichtet über zwei Fälle in extenso, bei denen mehrfache Untersuchungen seitens der Pathologen verschiedene Diagnosen zeitigten. Bei dem ersten Falle handelte es sich differentialdiagnostisch um Lues oder Tuberculose des Kehlkopfes, beim zweiten um Carcinom oder Tuberculose der Nase. Ref. kommt im Gegensatz zu Rovsing zum Schlusse, dass man den Pathologen nicht „die Details der Krankengeschichten zur Information“ übermitteln solle, im Gegentheil, der Pathologe solle ohne jede Beeinflussung sein Urtheil ganz unbefangen abgeben, dann aber, nach Abgabe dieses Urtheils, insbesondere beim Entscheid über folgenschwere therapeutische Eingriffe sollten Therapeut und Pathologe ihre Befunde vergleichen und kritisch gegeneinander abwiegen, um bei erst vollständiger Uebereinstimmung die therapeutischen Folgerungen zu ziehen. Unbedingt nöthig ist dies aber, wenn sich zwischen dem klinischen und mikroskopischen Befund Widersprüche ergeben: hier kann und wird eine eingehende Besprechung im Verein mit wiederholt vorgenommenen Untersuchungen den klinischen und pathologisch-anatomischen Befund auf eine gemeinsame, richtige diagnostische Basis stellen.

AUTOREFERAT.

4) **Gay de Montella** (Barcelona). **Histologische Studie über Nasen- und Kehlkopfmyxome. (Estudio histologico de los mixomas nasales y laringeos.)** *Revista barcelonesa de oto-rino-laringologia. No. V.*

Eine zusammenfassende Studie.

TAPIA.

5) **E. Estor. Multiloculäre branchiogene Cysten. (Multilocular branchiogenous cysts.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Es besteht eine gewisse Confusion in Bezug auf die Classification der angeborenen cystischen Halstumoren. Nach einem sorgfältigen Studium der in der Literatur verzeichneten Fälle constatirt Verf., dass seitlich am Halse multiloculäre Tumoren vorkommen, die von dem Ectoderm, dem Entoderm oder Mesoderm entstehen oder Bestandtheile aller drei Keimblätter gemischt enthalten. Diese Gewebe bilden die Auskleidung der cystischen Höhlen oder das intercystische Stroma. Diese Tumoren müssen sorgfältig von den polycystischen Parathyroidgeschwülsten getrennt werden. Die Entstehung dieser Geschwülste lässt sich nicht vollständig

durch die Hypothese von der Entwickelung von Neubildungen aus den Ueberresten des embryonalen Gewebes der Kiemenbögen erklären. Wir müssen vielmehr unsere Idee von ihrer Entstehung erweitern. Sie stellen embryonale Cysten von gemischtem Typus dar. Darunter finden sich Tumoren von allen embryonalen Typen vom wirklichen Teratom zu soliden oder cystischen Mischgeschwülsten und einfachem Embryoma oder Dermoidcysten. Es sind bisher nur 16 zweifellose Fälle von multiloculären Cysten beschrieben worden.

LEFFERTS.

6) C. A. Parker. **Bericht über einen Fall von branchiogener Cyste. (Report of a case of branchiogenic cyst.)** *Transactions Chicago Pathological Society. August 1908.*

Der Fall ist nach Entwickelung, Localisation, Symptomen und Structur typisch; nach vollständiger Entfernung kein Recidiv.

EMIL MAYER.

7) Alexander Mc. Lennan. **Die Function der Thymusdrüse. (The function of the Thymus Gland.)** *N. Y. Medical Journal. 21. November 1908.*

Verf. ist der Ansicht, dass Thymus und Schilddrüse entwickelungsgeschichtlich, anatomisch, physiologisch und pathologisch eng zusammenhängen.

Bei zwei Operationen am Menschen fand er, dass die Thymusdrüse sich in den linken Schilddrüsenlappen fortsetzte. Es giebt einen Typus von Morbus Basedow, bei dem nach Entfernung der Schilddrüse plötzlicher Tod eintritt; in diesen Fällen findet man bei der Autopsie eine Vergrösserung der Thymusdrüse. Er folgert daraus, dass, wenn bei Basedow'scher Krankheit die Thyreodectomie nöthig sei, man bei gleichzeitig bestehender Thymushypertrophie zuerst diese entfernen solle.

Bei manchen Krankheitszuständen, besonders Laryngismus stridulus, hat die Entfernung der Thymus gute Resultate gegeben; das Resultat ist kein mechanisches, sondern beruht auf der Unterdrückung der inneren Secretion. Verf. meint, bei Kretins solle gleichfalls die Thymusexstirpation versucht werden. Bei Kindern ist beim Verdacht auf vergrösserte Thymus höchste Vorsicht in Bezug auf die Anwendung von Anaestheticis geboten.

LEFFERTS.

8) L. Huismans. **Zwei Fälle von Thymustod. (Two cases of death mechanically caused by the Thymus.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Januar 1909.*

H. berichtet über zwei plötzliche Todesfälle bei Kindern, denen keinerlei gefahrdrohende Symptome vorausgingen und die er dem mechanischen Einfluss der Thymusdrüse auf Athmung und Circulation zuschreibt. Das eine Kind war 6 Monate alt; es begann plötzlich stertorös zu athmen, wurde cyanotisch und war innerhalb einer halben Stunde todt. Die Autopsie zeigte, dass die Trachea viel blutige seromucöse Flüssigkeit enthielt, beide Lungen theilweise hepatisirt, die Thymus sehr erheblich vergrössert, nahm fast den ganzen Thorax ein.

Das zweite Kind war 6 Wochen alt, starb ebenfalls nach stertorösem Athmen innerhalb kurzer Zeit. Auch hier fand sich eine sehr starke Thymushypertrophie.

LEFFERTS.



9) **Otto Lerch. Thymusvergrösserung mit nervösen Symptomen. Eine vorläufige Mittheilung. (Thymus enlargement associated with nervous symptoms. A preliminary communication.)** *N. Y. Medical Journal. 13. März 1909.*

L. meint, die Diagnose sei nicht schwer zu stellen. Die immer vorhandenen nervösen Symptome und der trapezförmige Dämpfungsbezirk, der sich bei Lageveränderung aufhellt, führen zur Diagnose. Die Röntgenstrahlen und besonders die hochfrequenten Strahlen verursachen eine erhebliche Contraction der Drüse. Nach 5 Minuten langer Application eines hochfrequenten Stromes hat sich eine grosse Drüse erheblich verkleinert. Dies ist ein sehr werthvolles differentialdiagnostisches Zeichen, gleichzeitig aber auch ein ausgezeichnetes therapeutisches Mittel, denn in gewissem Maasse bleibt der Effect ein permanenter. In schweren Fällen kann chirurgische Behandlung versucht werden; Ruhe und hygienische Maassnahmen sind von gutem Einfluss.

Verf. bezeichnet die Thymushypertrophie als einen Morbus sui generis, für den er die Benennung „Thymokesis" vorschlägt. Mittels der Percussion lassen sich bei Erwachsenen, selbst bis in das späteste Alter die Grenzen der Drüse genau feststellen. Bei allen von ihm bisher untersuchten Personen variirt die Grösse des mit Blut und Lymphe gefüllten Organs von 2 zu 3 cm, zu 12 und 12 cm an der Basis entsprechend dem Niveau der Sternoclaviculargelenke. Die der Basis parallele Spitze kann die Herzdämpfung erreichen. Der Dämpfungsbezirk hat die Form eines Trapezoids, dessen Seitenränder leicht gebogen sind. Man percutirt am besten, wenn der Patient in aufrechter Stellung mit nach hinten geneigtem Kopf ist. Abnorme Atrophie der Drüse fand sich bei gleichzeitigem progressiven Marasmus.

LEFFERTS.

10) **Barbier. Hypertrophie der Thymus; Compression der Trachea. (Hypertrophie du thymus; compression de la trachée.)** *Société de pédiatrie. 16. Februar 1909.*

Verf. theilt vier Beobachtungen mit:

1. 18 Monate altes Kind mit dauernden Einziehungen; plötzlicher Tod. Bei der Obduction findet man die Trachea im Niveau des Manubrium sterni deformirt und erweicht und um ihre Achse gedreht.

2. 6 Monate altes Kind mit starken Einziehungen. Die Radioskopie zeigte einen ausgedehnteren Schatten, als normal, hinter dem Manubrium sterni.

3. Kind mit Eczem des Gesichts stirbt plötzlich bei der Einlieferung in das Hospital, ohne irgendwie behandelt worden zu sein. Bei der Autopsie findet man enorme dreilappige Thymus, Trachea abgeplattet und deformirt.

4. 3 Monate altes Kind; Einziehungen und Fieber. Keine Diphtherie. Tod am 3. Tage. Bei der Autopsie findet man eine enorme die Trachea comprimirende Thymus.

A. CARTAZ.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Die absolute Luftdurchgängigkeit der Nasenhöhlen.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. 1. Heft 6. 1909.*

Eine absolute Messung der Luftdurchgängigkeit für jede Hälfte der Nasenhöhle war bis jetzt nicht möglich. Verf. hat in Anlehnung an eine ältere Methode von Spiess ein Verfahren ausgebildet, welches für klinische Zwecke eine solche Messung hinreichend gestattet. Die Beschreibung des vom Verf. gebrauchten Apparates muss im Original nachgelesen werden. Genaue Messungen nach obiger Richtung hin sind besonders erwünscht zur exacten Lösung der Frage nach dem Erfolge der transversalen Gaumendehnung auf die verengte Nasenhöhle.

OPPIKOFER.

12) **G. Macdonald. Klima und Nase. (Climate and the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 8. August 1908.*

Verf. erörtert den Einfluss der atmosphärischen Luft — besonders ihres mehr oder weniger hohen Feuchtigkeitsgehalts — auf das erectile Gewebe des Naseninneren. Reizbarkeit der Nasenschleimhaut tritt gewöhnlich störender auf an der See und an windigen Plätzen, während Patienten mit atrophischer Rhinitis sich besser in feuchten Gegenden befinden. LEFFERTS.

13) **Henry Glover Longworthy. Die Röntgenstrahlen in der Rhinologie. (The x-ray in Rhinology.)** *The Laryngoscope. October 1907.*

Verf. betrachtet den Nutzen der Röntgenstrahlen für die Chirurgie der Nase als einen ungemein hohen. EMIL MAYER.

14) **Heermann** (Köln-Deutz). **Ueber Warmluftbehandlung bei Mittelohreiterung, Nasenkatarrhen und Geschwüren.** *Therap. Rundschau. 3. 1908.*

Kleiner Apparat, um warme Luft in das Ohr, in die Nase (oder auf Geschwüre) einzuführen. SEIFERT.

15) **R. Gording** (Christiania). **Die Bier'sche Stasebehandlung in der Rhinologie angewandt. (Bier's Stasebehandling anvendt i rhinologien.)** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Juli 1908.*

Verf. hat Versuche mit der Sondermann'schen Saugmaske angestellt und gute Resultate erreicht, besonders gegenüber acuten Fällen von Sinusiten, die mit secundären retrobulbären Augenaffectionen verbunden waren. Referirt einen in dieser Beziehung instructiven Fall. Spricht sich auch lobend für die Anwendung der Methode gegenüber Rhinitis atrophicans aus, wo die Saugmethode in Verbindung mit Ausspülungen sehr gute Resultate gegeben hat. E. SCHMIEGELOW.

16) **Sprenger** (Stettin). **Schwammgummikugel mit Stiel zur Behandlung von Nasenleiden.** *Med. Klinik. 7. 1909.*

Zu verwenden bei einfachem chronischen Nasenkatarrh, chronischem Rachen-

katarrh, Ozaena, zur Nachbehandlung bei Naseneingriffen, bei Heufieber, zur Bekämpfung der Ansaugung der Nasenflügel.

SEIFERT.

17) **L. Gilmer** (München). **Ueber chirurgische Schnellaufnahmen.** *Mit 2 Abb. und 15 Röntgenbildern auf 2 Tafeln. Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1908.*

Gilmer berichtet über eine Reihe von Verbesserungen an Instrumentarium und Technik, die eingehend besprochen werden und zu kurzem Referat sich nicht eignen. Unter den Röntgenbildern befinden sich auch drei wohlgelungene Schädelaufnahmen: 1. Sonde in der Keilbeinhöhle (Expositionszeit $3^1/_2$ Secunden), 2. normale Schädelbasis (4 Secunden) und 3. linksseitige Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung (5 Secunden).

HECHT.

18) **B. F. Rea. Chinin als Schnupfpulver bei acuter Rhinitis. (Quinine snuffed up the nose in acute rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 28. September 1907.*

Aufschnupfen von Chinin bringt fast sofort Erleichterung, indem die Nase wieder für die Athmung frei wird.

LEFFERTS.

19) **Chas. E. Sajous. Hyperästhetische Rhinitis. (Hyperaesthetic Rhinitis.)** *N. Y. Medical Journal. 5. September 1908.*

Verf. gebraucht an Stelle der Bezeichnung „Heufieber" den Ausdruck hyperästhetische Rhinitis, da der Krankheitszustand auch durch mannigfache andere Irritantien, als die Pollen, hervorgerufen wird. Wo anatomische Veränderungen, wie Polypen, Exostosen, Muschelhypertrophien vorhanden sind, durch welche nicht nur infolge Reizung die sensiblen Nervenendigungen der gegenüberliegende Schleimhautbezirk, sondern auch das Centrum, zu dem die sensorischen Impulse geleitet werden, d. h. der Trigeminus, hyperästhetisch gemacht werden, wird durch Entfernung dieser Auswüchse etc. leicht Heilung erzielt. In vielen Fällen hat Verf. durch Aetzung der hyperästhetischen Stelle die Erscheinungen zum Verschwinden gebracht. Da Verf. den Symptomencomplex so erklärt, dass durch die irritirende Ursache reflectorisch eine Dilatation der kleineren Gefässe und somit eine vermehrte Blutzufuhr zur Nasenschleimhaut, Conjunctiva etc. herbeigeführt wird, so folgert er, dass die besten Erfolge zu erzielen sind durch ein Mittel, das local oder auf dem sympathischen Wege eine Gefässverengerung bewirkt. Er bedient sich zu diesem Zweck einer Lösung von Adrenalin 1:10000. In Verbindung mit der Localbehandlung gab ihm die innerliche Anwendung von Belladonna die besten Resultate.

Verf. betrachtet in manchen Fällen auch die Gicht als eine dem Heufieber zu Grunde liegende Ursache; als das beste Mittel gegen gichtische Diathese bewährte sich ihm getrocknete Schilddrüse.

LEFFERTS.

20) **A. Onodi** (Budapest). **Mucocele der mittleren Muschel.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

O. hat eine nussgrosse Knochenblase der linken Seite eröffnet, welche sich als eine Mucocele erwies.

v. NAVRATIL-POLYAK.

21) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Einige Bemerkungen über Conchotomia inferior.** *Bericht der Jahresversammlung der Medicinischen Gesellschaft zu Kiushu. 1907.*

Der Verf. sieht die Conchotomia inferior als eine Mode unter den jetzigen Specialisten an und warnt vor dem dadurch verursachten Schaden, der hauptsächlich aus den folgenden Gründen entsteht:

1. Die meisten Rhinologen in Japan machen die Tamponade (meist Gaze) und lassen sie ein oder mehrere Tage in der Nasenhöhle liegen. Einige wechseln die Tampons während einer gewissen Zeit. Diese Tamponeinführung verursacht oftmals eine Otitis media acuta, besonders wenn eine Nebenhöhleneiterung vorhanden ist. Bei der Tamponade und Desinfection in der Rhinochirurgie muss man sehr vorsichtig sein.

2. Wenn man ohne genaue Kenntniss vom normalen Zustande der unteren Muschel die Conchotomia ausführt, so beraubt man den Patienten der Functionen des Schwellkörpers. Einige Specialisten tragen die Muschel von der Wurzel ab und die anderen nehmen selbst die normal functionirenden Muscheln weg, besonders wenn eine Deviatio mit Crista vorhanden ist.

K. nennt die atrophischen Zustände mit chronischem Rachenkatarrh nach der excessiven Conchotomia inferior „Rhinitis atrophica chronica operativa“.

K. unterscheidet die wirkliche nach Cocain-Adrenalisirung bestehen bleibende von der vasomotorischen Anschwellung. Bei der Hypertrophie empfiehlt K. die Conchotomia inferior mit Heymann'scher Scheere und kalter Schlinge nur in den Weichtheilen. Der Knochen soll nur bei hochgradiger Hypertrophie theilweise abgetragen werden. K. pinselt H_2O_2 auf die Wunde und macht keine Tamponade. Wenn eine Deviatio resp. Crista vorhanden ist, muss man sie erst submucös operiren.

AUTOREFERAT.

22) **Y. Sakakida. Conchotomia inferior submucosa ohne Tamponade.** *Dainihon-Jibiinkokwa-kwaikwaiho. Bd. XIV. Heft 1. 1908.*

Als Vortheile der submucösen Conchotomie rechnet S. die Erhaltung des Schwellgewebes, schnelle Heilung der Wunde, Ausschalten der Beschwerden wegen der Tamponade und die Erleichterung der reactiven Symptome, aber es scheint dem Referenten, dass diese submucöse Methode der Mühe nicht werth ist. Die S.'sche Methode ist im Grossen und Ganzen der Jankauer'schen ähnlich.

INO KUBO.

23) **C. C. Miller. Die schnellste, wirksamste und unblutigste Methode zur Abtragung der Muscheln. (Most rapid, effective and least bloody method of turbinal removal.)** *Medical Fortnightly St. Louis. 26. October 1908.*

Verf. empfiehlt die Anwendung einer hämostatischen Zange. Die Schleimhaut wird cocainisirt, dann die Scheerenblätter unter resp. über die abzuschneidende Muschel geschoben und die Scheere geschlossen.

EMIL MAYER.

24) **O. Frese** (Halle a. S.). **Ueber die Beziehungen der Syphilis zur Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 459. 1908.*

Verf. ist auf Grund mehrjähriger Beobachtungen (61 Fälle) zu der Ueber-

zeugung gekommen, dass die hereditäre Syphilis eine wesentliche Rolle in der Vorgeschichte der Ozaena spielt.

Bei 5 dieser Fälle ist geradezu der Beweis der hereditären Lues geliefert (die Krankengeschichten werden beigefügt), bei 11 weiteren ist sie mit grösster Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Die Diagnose gründet sich auf die sicheren Indicien in Anamnese und Status. Der Tuberculose oder skrophulösen Diathese kann Verf. nach seinen Erfahrungen keinen nennenswerthen Einfluss auf die Ausbildung der Ozaena einräumen. Bei einem Theil der Fälle war eine muthmaassliche Ursache für die Entwickelung der Ozaena nicht zu eruiren. Die Entstehung der Ozaena führt Verf. mit Wahrscheinlichkeit auf eine directe locale Schädigung der Nasenschleimhaut durch das syphilitische Virus zurück; für diese Vorgänge geben analoge Verhältnisse bei der acquirirten Syphilis wichtige Fingerzeige.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

25) **Alexander** (Berlin). **Serodiagnostische Untersuchungen zur Frage der Beziehungen zwischen Ozaena und Syphilis.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 669. 1909.*

A. hat bei 26 Ozaenakranken die Wassermann'sche Reaction ausführen lassen; unter den Untersuchten fanden sich keine, die von vornherein luesverdächtig waren. Das Resultat der Blutuntersuchung war in allen 26 Fällen ein negatives. A. macht aber darauf aufmerksam, dass dieser negative Ausfall nichts beweist und nicht etwa zur Annahme vorwertet werden darf, dass die Syphilis in der Aetiologie der Ozaena keine Rolle spielt. Es giebt Fälle von scheinbar einfacher Ozaena, die sicher auf luetischer Grundlage entstanden sind.

OPPIKOFER.

26) **M. Lasaygues. Ueber die Beziehung der Ozaena zur hereditären Syphilis. (De l'orgine hérédo-syphilitique de l'ozène.)** *Dissert. Paris 1908.*

Die Ozaena ist oft nichts anderes, als Folgezustand einer hereditären Syphilis.

OPPIKOFER.

27) **J. M. Steiner. Ueber Ozaena.** *(Ist in diesem Centralblatt bereits referirt worden.)*

Discussion:

v. Navratil jun.: In Fällen, wo Nasenrachen, Rachen und Nebenhöhlen in Mitleidenschaft gezogen werden, ist der Eiter heller und dünnflüssiger. Den ozaenatösen Gesichtstypus hat v. N. nicht immer gefunden.

Donogány: Geschwulst und Nebenhöhlenempyem kommen häufig zusammen vor.

Baumgarten: Ozaenatöse Processe, welche nach Entfernung von Geschwülsten sich in vacuo entwickeln, bilden sich mit der Zeit zumeist zurück.

Steiner erklärt, dass er an dem Bestehen eines ozaenatösen Gesichtstypus festhält.

v. NAVRATIL-POLYAK.

28) **Ross H. Skillern** und **E. Burvill Holmes. Vorläufiger Bericht über Vaccinebehandlung der atrophischen Rhinitis (Ozaena). (Preliminary report on the vaccine treatment of atrophic Rhinitis [Ozaena].)** *N. Y. Medical Journal. 15. August 1908.*

Bericht über 2 Fälle, die mit einer Vaccine von der combinirten Cultur eines aus Reincultur vom Abel'schen Bacillus gewonnenen Serums behandelt wurden. Die Injectionen wurden zuerst zweimal täglich in den Arm gemacht. Im ersten Falle war nach 3 Wochen merkliche Abnahme der Borkenbildung zu constatiren, ebenso Nachlassen des Foetor. Nach einem intercurrenten Scharlach, während dessen die Behandlung ausgesetzt werden musste, war nach 2 Monaten der Zustand so schlecht wie vorher,

Bei einer 30jährigen Frau war während der ersten 14 Injectionen gleichfalls Besserung zu constatiren, dann trat plötzliche Verschlechterung ein, so dass der status quo ante wieder vorhanden war. Patientin fühlte sich, ihrer Aussage nach, während der Behandlung besser als je zuvor.

Verf. spricht die Hoffnung aus, dass, wenn es gelinge, Reinculturen vom Bac. mucosus capsulatus zu erhalten, die Resultate günstiger sein werden.

LEFFERTS.

29) **Mermod** (Lausanne). **Submucöse Resection bei Ozaena. (Submucous resection in ozena.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Verf. geht von der Thatsache aus, dass bei einseitiger Ozaena stets die weite Nasenhöhle die erkrankte ist; auf dieser Seite pflegen die Muscheln atrophisch zu sein. Auf der anderen Seite greift eine compensatorische Hypertrophie Platz. Verf. empfiehlt in diesen Fällen submucöse Resection der Nasenscheidewand, da dadurch das Gleichgewicht wieder hergestellt werde. Er berichtet über 4 Fälle; in 3 trat erhebliche Besserung, im vierten Heilung ein.

EMIL MAYER.

30) **D. N. Kinsman. Rhinorrhoea cerebrospinalis. (Cerebrospinal Rhinorrhea.)** *Journal American Medical Association. 30. Mai 1908.*

Stirn, Wangen und Kinn waren infolge des constanten Gebrauchs von Handtüchern, mit denen Pat. die Absonderung am Herabfliessen auf ihre Kleidung abzuhalten suchte, mit einem Eczem bedeckt. Sie konnte willkürlich, je nachdem sie den Kopf nach vorn oder hinten neigte, das Secret aus der Nase oder dem Rachen abfliessen lassen. Sie war mit allen möglichen Mitteln (auch Belladonna und Arsen) behandelt worden, aber ohne Erfolg.

Die Flüssigkeit, die in einer Menge von 3 Tropfen pro Minute abgesondert wurde, war transparent, darin schwammen Schleimflocken. Beim Stehen setzte sich ein Niederschlag von Epithelzellen aus der Nase. Zellen aus den Cerebrospinalhöhlen wurden nicht gesehen. Die Flüssigkeit war alkalisch, mit schwacher Reaction für Chlornatrium. Bei Anwendung von Hitze und Salpetersäure kein Niederschlag. Beim Abkühlen bildete sich eine schwache weissliche Trübung, die die Anwesenheit von Albumen anzeigte; bei der Fehling'schen Probe bildete sich ein orange-rother Niederschlag.

EMIL MAYER.

31) **Vigouroux** (Paris). **Ausfluss von Meningocerebrospinalflüssigkeit durch die Nase. (Ecoulement de liquide céphalo-rachidien par les fosses nasales.)** *La Presse médicale. 17. Mai 1909. No. 39.*

Gelegentlich einer eigenen Beobachtung giebt Verf. eine Uebersicht über die bereits publicirten gleichen Fälle.

Bei einem schwächlichen, erblich belasteten Degenerirten begann der Ausfluss plötzlich im Alter von 28 Jahren im Anschluss an einen heftigen Kopfschmerz, der danach verschwand.

Bei der Autopsie fand sich: Vergrösserung des Plexus choroideus im IV. Ventrikel, Vergrösserung der Löcher in der Lamina cribrosa, Dilatation der Seitenventrikel, des Aquaeductus Sylvii und des III. Ventrikels. GONTIER de la ROCHE.

32) **S. Inomata. Ein Fall von Rhinitis fibrinosa.** *Japan. Zeitschrift f. Oto-rhino laryngologie. Bd. XIV. Heft 5. 1908.*

Ein 9jähriger Knabe klagt über Nasenverstopfung, Epistaxis und vermehrten Secretausfluss, aber keine Temperatursteigerung. Beide Nasenhöhlen sind mit weisser Membran belegt, worin man Diphtheriebacillen culturell sowie mikroskopisch constatiren konnte. Durch Serumtherapie ist die Krankheit rasch besser geworden. INO KUBO.

33) **Ljaschenko. Diphtherie und Rose der Nase beim combinirten Verlauf. (Difteritii rosha nosa pri sowmestnom tetschanii.)** *Jeshemesjatschnik. p. 483. 1908.*

Beschreibung eines Falles, bei dem Antidiphtherie- und Antistreptokokkenserum gute Dienste that. P. HELLAT.

34) **Gereda** (Madrid). **Sechs Fälle von isolirter Nasendiphtherie. (Seis casos de difteria nasal aislada.)** *Revista de medicina y cirurgia prácticas. 21. März 1908.*

Nichts Neues. TAPIA.

35) **Valentin** (Lille). **Ein Fall von Lupus der Nasenhöhle durch Paratoxin geheilt. (Un cas de lupus des fosses nasales guéri par la paratoxine.)** *Rev. hebdom. de laryngol. No. 18. 1908.*

Bei einem 40jährigen Patienten, bei dem schon verschiedentlich Curettage und Milchsäureätzungen versucht worden waren, sah Verf. in einem Monat Vernarbung der erkrankten Partien auftreten unter Aufblasen von Paratoxin (öliger Extract von Galle). BRINDEL.

36) **Lafitte Dupont** und **Molinier** (Bordeaux). **Diagnostische Tuberculinreaction auf der Nasenschleimhaut. (Réaction diagnostique de la tuberculine sur la muqueuse nasale. La Rhinoréaction.)** *Presse médicale 13. März 1909.*

Die Reaction tritt 18—48 Stunden ein, nachdem die Schleimhaut mit Tuberculin eingerieben ist; sie verschwindet in 7—8 Tagen. Sie ist charakterisirt durch das Auftreten eines Exsudats, das auf die Applicationsstelle localisirt ist und eine congestionirte, ja sogar hämorrhagische Schleimhaut bedeckt.

Die Reaction ist schmerzlos, ohne Gefahr und kann ohne Wissen des Patienten angestellt werden. GONTIER de la ROCHE.

37) **John V. Shoemaker. Ein Fall von Tuberculose der Nase und Zerstörung der tieferen Gewebe. (A case of Tuberculosis involving the nose with destruction of the deeper tissues.)** *Journal of the American Medical Association. 14. September 1907.*

Bei der Patientin entwickelte sich 6 Wochen nach einer Fractur der Nase eine Ulceration am linken Nasenflügel, die auf die linke Wange und Oberlippe übergriff; die Ulceration ging dann auch auf den rechten Nasenflügel über und es kam zur Zerstörung der Knorpel und der tieferen Gewebe. Histologische Untersuchung ergab Tuberculose. Die örtliche Behandlung bestand in Aetzungen mit reiner Carbolsäure, die alle 3—4 Tage vorgenommen wurden. Unter gleichzeitiger guter Ernährung und Darreichung von Kreosot trat erhebliche Besserung ein.

EMIL MAYER.

38) **Menzel** (Wien). **Zur Kenntniss des harten Schankers in der Nasenhöhle.** *Wiener med. Wochenschr. No. 7. 1909.*

Infection durch den inficirten bohrenden Finger, Secundärinfection der regionären Lymphdrüse unter dem Bilde einer Angina Ludovici.

CHIARI-HANSZEL.

39) **Siems** und **Rajat. Syphilitischer Schanker der Nasenhöhlen. (Chancre syphilitique des fosses nasales.)** *Lyon médical. 6. October 1907.*

Eine typische Form. Nichts Besonderes. BRINDEL.

40) **Hélot. Behandlung der Epistaxis durch Kälte. (Traitement de l'épistaxis par le froid.)** *Arch. Intern. de Laryngologie. Mai-Juni 1907.*

Historische Betrachtungen über die einst beliebte Methode, einen Schlüssel in den Nacken zu legen. Die Fernwirkung der Kälte besteht dabei in einem gewissen vaso-constrictorischen Effect. Ihre locale Anwendung auf die blutende Stelle ist sicherer. BRINDEL.

41) **Schiffers** (Lüttich). **Die Serotherapie bei Nasenbluten. (Sérothérapie dans les épistaxis.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 2. 1908.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der Belgischen oto-laryngol. Gesellschaft vom Juni 1907. PARMENTIER.

42) **Ravasa** (Lérida). **Klinische Studie über Nasenbluten. (Estudio clinico de las epistasis.)** *Boletin medico de Lérida. 1908.*

Zusammenfassende Studie. TAPIA.

43) **Putschkowski. Nasenblutungen und ihre Therapie. (Nosowejá krowotetschnija i ich terapia.)** *Jeshemesjatschnik. p. 334. 1908.*

Eine Zusammenstellung der Ansichten verschiedener Autoren. P. HELLAT.

44) **Hellmann** (Würzburg). **Zur Behandlung des habituellen Nasenblutens.** *S.-A. aus der Münchener med. Wochenschr. No. 22. 1907.*

Autor empfiehlt „die Behandlung habituell blutender Phlebectasien und Varicen des Septums und des Nasenbodens mit scharf schneidenden Instrumenten". „Die Gefässe", die nach Cocain-Suprarenin-Application scharf hervortreten, „werden der Länge nach mit spitzigem, sichelartigem Messerchen geschlitzt, an ihr peripheres und centrales Ende wird ein kleiner entspannender Querschnitt gelegt. Coulissenartig vom Septum zum Nasenboden ziehende Schleimhautfalten werden nach Längsschlitzung der Gefässe mehrfach eingekerbt. Bei dichter, netzartiger Anordnung der Venen empfiehlt sich multiple Skarification kreuz und quer, wie bei Acne rosacea". Nachblutung kam bei 10 auf diese Weise behandelten Fällen nicht vor. Die Bildung neuer Phlebectasien wird auch durch diese Methode nicht verhindert, doch schädigt sie Epithel, Drüse und Bindegewebe weit weniger wie Aetzung und Kaustik.

HECHT.

45) **Otto Mayer** (Graz). **Ueber histologische Veränderungen der Nasenschleimhaut bei Leukämie und über die Entstehung des Nasenblutens bei dieser Erkrankung.** *Mit 6 Abbild. im Text. Monatsschrift f. Ohrenheilkde. etc. Heft 5. 1908.*

Eine 31jährige, an Leukämie mit starkem Nasenbluten leidende Patientin erlag einer leukämischen Apoplexie. Mayer untersuchte die der Leiche entnommenen Theile der Nasenmuscheln und des knorpligen Septums und berichtet eingehend über deren histologischen Befund, an dem insbesondere die Infiltration der Schleimhaut und der ausserordentliche Reichthum an Blutgefässen, sowie die Dilatation derselben, insbesondere der Venen, auffielen. Mit Rücksicht auf den beobachteten Fall erklärt Autor die Entstehung des Nasenblutens bei Leukämischen folgendermaassen: „Durch die Infiltration der Schleimhaut wird ein Juckreiz ausgelöst, welcher dem Patienten Veranlassung giebt, in der Nase zu bohren, wodurch eine Verletzung der Septumschleimhaut entsteht, die infolge der oberflächlichen Lage dilatirter Gefässe zu einer abundanten Blutung führt. Die entstandene Verletzung heilt im leukämischen Gewebe nicht, sondern es entwickelt sich aus dem Substanzverlust ein Geschwür; der Gefässreichthum des Geschwürsgrundes ist die Ursache, dass schon kleine mechanische Läsionen zu Blutungen führen." „Bei der ausserordentlichen Dilatation der Blutgefässe der Muschelschleimhaut können stärkere Steigerungen des Blutdruckes, wie sie beim Husten, Niessen, Schneuzen entstehen, bereits zur Ruptur von Gefässen und somit zur Epistaxis führen."

HECHT.

46) **L. Löwe** (Berlin). **Zur Chirurgie der Nase.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 4. 1909.*

Schilderung seines Decorticationsverfahrens und Angabe einer Methode der Freilegung der Hypophyse, die mit einigen technischen Modificationen 6 mal von Chirurgen ausgeführt wurde.

HANSZEL.

47) **O. Hirsch** (Wien). **Eine neue Methode der endonasalen Operation von Hypophysentumoren.** *Wiener med. Wochenschr. No. 12. 1909.*

In Form einer vorläufigen Mittheilung beschreibt H. seine endonasale Me-

thode, die sich folgendermaassen gestaltet: Unter Cocainanästhesie wird die mittlere Muschel entfernt, nach einigen Tagen das vordere und hintere Siebbein ausgeräumt, nach einer weiteren Pause wird die vordere Keilbeinwand in toto abgetragen und wieder erst nach einigen Tagen die Eröffnung des Hypophysenwulstes und die Duraschlitzung vorgenommen. CHIARI-HANSZEL.

48) **W. Sohier Bryant. Strictur der Tuba Eustachii und deren verderbliche Folgen, zurückgeführt auf Verwachsungen in der Rosenmüller'schen Grube. (Stricture of the Eustachian Tube with its baneful consequences traced to adhesions in the fossa of Rosenmüller.)** *N. Y. Medical Record. 8. Februar 1908.*

In der Rosenmüller'schen Grube kommen Adhäsionen und Verengerungen vor, die die physiologische Action der Tube beeinträchtigen und zu deren Strictur führen. Man kann dies durch das Salpingoskop feststellen. Um die Erscheinungen seitens des Mittelohres zu beseitigen, ist zunächst eine Behandlung der in der Rosenmüller'schen Grube gefundenen Veränderungen geboten. Alles in ihr auffindbare lymphatische Gewebe muss mit der Curette entfernt, eventuelle Verwachsungen gelöst werden; letzteres kann in vielen Fällen am besten mit dem Finger gemacht werden, bisweilen muss das Messer dazu genommen werden. In jedem Fall muss man darauf gefasst sein, den Eingriff öfter wiederholen zu müssen. Die Heilung wird durch Argentumätzungen befördert. LEFFERTS.

49) **Iwanoff** Moskau). **Plastische Operationen bei Verwachsungen des Nasenrachenraumes.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. S. 545. 1909.*

Wenn narbige Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand operativ beseitigt sind, so ist bei der grossen Tendenz von Wiederverwachsungen das Offenhalten der geschaffenen Oeffnung sehr schwer. Ist bei solchen Verwachsungen des Velums mit der hinteren Rachenwand die Uvula freigeblieben, so benützt I. — in einem Falle von Lues, dessen Krankengeschichte wiedergegeben wird — die Uvula als plastisches Material. Die Uvula wird mit dem Messer in zwei gleich grosse Theile getrennt und dann die eine Uvulahälfte nach links und die andere nach rechts an den hinteren durchschnittenen Velumrand angenäht.

Bei allen plastischen Operationen des weichen Gaumens ist die Gummitamponade, da sie nicht klebt, unbedingt nothwendig; zu diesem wird ein gewöhnlicher Gazetampon mit einer dünnen Gummileinwand umhüllt. OPPIKOFER.

c. Mundrachenhöhle.

50) **G. H. Edington. Macrostoma mit gleichzeitiger Spaltung des weichen Gaumens. (Macrostoma associated with cleft of soft palate.)** *Glasgow Medical Journal. Mai 1909.*

Fall eines weiblichen Kindes, bei dem eine persistirende Mandibularfissur vom rechten Mundwinkel bis zum Tragus reichte. A. LOGAN TURNER.

51) **E. Debonnelle. Die Dermoidcysten des Mundhöhlenbodens. (Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche.)** *Dissert. Paris 1908.*

D. beobachtete bei einem 19jährigen Mann eine Dermoidcyste des Mund-



bodens. Er bespricht den Fall ausführlich und giebt zwei Photographien, die zeigen, wie der weiche, gelbliche Tumor sich im Munde unter der Zunge und aussen am Halse über dem Zungenbein vorwölbt. Dann stellt Verf. 77 weitere analoge Fälle aus der Literatur zusammen.

OPPIKOFER.

52) **Boada** (Barcelona). **Ludwig'sche Angina. (Angina de Ludwig.)** *La Medicina de los ninos. Juni 1908.*

Mittheilung eines Falles.

TAPIA.

53) **J. J. Thomas. Ludwig'sche Angina. (Ludwig's Angina.)** *Journal of Surgery. Februar-März 1908.*

Nach Ansicht von Th. beruht die Todesursache bei Ludwig'scher Angina nicht auf septischer Intoxication, sondern auf einer Beeinträchtigung der Respiration. Er betrachtet die Krankheit als eine schnell sich ausbreitende Zellgewebsentzündung, die als eine geringfügige Lymphadenitis in der Gegend der Submaxillardrüse beginnt und sich auf den Mundboden und den Pharynx ausbreitet. Irgend eine Oberflächenläsion in der Nachbarschaft stellt den primären Herd dar. Der Streptococcus allein oder mit anderen Organismen ist der Infectionsträger. Der Tod erfolgt gewöhnlich dadurch, dass der Larynx befallen wird. Die gefährlicheren Fälle sind diejenigen, in welchen die Affection im Rachen oder Kehlkopf beginnt. Die pathologischen Veränderungen unterscheiden sich nicht wesentlich von denen bei jeder anderen pyogenen Infection unter ähnlichen anatomischen Verhältnissen.

Was die Behandlung betrifft, so geben Incisionen in den Mundboden gewöhnlich kein befriedigendes Resultat. Die mediane suprahyoidale Incision verdient deswegen nicht, gewählt zu werden, weil sie den primären Infectionsherd nicht trifft; sie ist nur da anzuwenden, wo eine evidente submentale Eiteransammlung vorhanden ist. Die submaxillare Incision, d. h. der Schnitt oberhalb des Trigonum submaxillare und parallel dem unteren Rand der Wange, wird in der Mehrzahl der Fälle den Eiterherd freilegen. Eventuell müssen die M. mylohoidei durchtrennt und das sublinguale Gewebe freigelegt werden. Es wird Localanästhesie empfohlen.

EMIL MAYER.

54) **A. Hald** (Kopenhagen). **Ein Fall von Cheiloplastik ad modum Stein. (Et Tilfälde af Cheiloplastik ad modum Stein.)** *Hospitals Tidende. No. 39. p. 1128. 1908.*

Diese im Jahre 1848 von dem genialen dänischen Chirurgen Stein angegebene Methode ist von Kr. Poulsen in einem Falle mit sehr schönem Erfolge ausgeführt worden. Die Methode hat hauptsächlich für den Chirurgen Interesse und soll darum hier nicht referirt werden.

E. SCHMIEGELOW.

55) **Gueyrat** und **M. Pinard. Weicher Lippenschanker. (Chancre simple de la lèvre.)** *Société méd. des hôpitaux. 26. Februar 1909.*

Der weiche Schanker der Lippe ist selten. Im vorliegenden Fall stützt sich die Diagnose darauf, dass am Penis zwei weiche Schanker vorhanden waren. In

dem Lippenschanker wurden die Ducrey'schen Bacillen gefunden; die Ueberimpfung des Schankers war positiv.

A. CARTAZ.

56) **V. P. Blair. Anatomie und Chirurgie des harten Gaumens beim Kinde. (Anatomy and Surgery of the hard palate of the infant.)** *Interstate Medical Journal. März 1909.*

Die Arbeit besteht hauptsächlich in einer Erörterung über die besten bei der Gaumenspalte anzuwendenden Operationsmethoden.

EMIL MAYER.

57) **Bogoslawski. Hypsistaphylia.** *Dissert. Petersburg 1908.*

Gegenstand der ungemein mühsamen Arbeit ist nach des Autors eigenen Worten „genaue kritische Analyse der Siebenmann'schen Theorie" über den hohen Gaumen.

Die Arbeit wurde unter der Leitung von Prof. Schawlowski in Petersburg ausgeführt. Sie zerfällt in einen anthropologischen und einen anatomischen Theil. Gemessen und untersucht wurden 1000 Schädel, unter ihnen 200 Plattgaumler, 200 Hochgaumler, 141 mit Zahnanomalien, 50 deformirte Schädel und 50 auf Stenogrammen.

Die Messungen wurden nach verschiedenen Systemen und Gesichtspunkten vorgenommen.

Der Arbeit ist eine grosse Anzahl Tabellen, Diagramme, verschiedene Zeichnungen und Abbildungen hinzugefügt. Die Literaturangaben belaufen sich auf ca. 200 Nummern. Leider mangelt es etwas an Systematik und in Folge dessen an Einheitlichkeit und Klarheit.

Die anthropologischen Angaben von Siebenmann finden im Allgemeinen eine Bestätigung. Der Hypsistaphyle ist zugleich Leptoprosop und Leptorrhin. Im Einzelnen finden sich jedoch grosse Unterschiede. Die Leptoprosopie wie auch die Leptorrhinie ist nur eine relative. Das Gesicht ist bei Hypsisstaphylie nicht schmäler, wohl aber höher als bei Platystaphylie. Dasselbe bezieht sich auf die Nase. Die vordere und hintere Oeffnung der Nase ist bei Hypsistaphylie sogar breiter als gewöhnlich.

Diesen Schluss zieht B. aus den Messungen von 100 Platt- und 100 Hochgaumlern. Demnach ist auch die Athmungsweite der Nase bei Hypsisthaphylie um 1—2 pCt. grösser als bei Platystaphylie.

Die Hochgaumler haben eine gewisse Neigung zu Prognatismus. Die Häufigkeit der Septumdeviation steigt mit Hypsistaphylie, aber nicht die Schwere der Deviation. Es giebt keinen Zusammenhang zwischen Zahnanomalien und Hypsistaphylie.

Die Angabe von Siebenmann, die angeborene Atresie der Nase und der Choanen, d. h. das Hauptargument für Aufrechterhaltung seiner Hypothese, spiele bei der Hypsistaphylie keine Rolle, wird durch die Zahlen von B. durchaus widerlegt.

Die Zahlenangaben von Bogoslowski stützen sich auf 124 Fälle von Atresie. Danach stellt sich heraus, dass bei angeborener Mundathmung Hypsistaphylie in 81 pCt. beobachtet wird.

P. HELLAT

58) **L. Th. Schleurholts Boerma** (Utrecht). **Der hohe Gaumen. (Het verheogde palatum.)** *Tijdschr. v. Tandheelk. XVI. H. 3.*

Zur Erklärung der Entstehung des hohen Gaumens infolge von Mundathmung weist B. besonders auf den fehlenden negativen Druck in der Mundhöhle hin.

H. BURGER.

59) **L. W. Dean. Dehnung des Gaumengewölbes; ihr Einfluss auf Nase und Nasenrachen. (Widening of the palat arch; its influence on the nose and nase-pharynx.)** *Journal of Ophthalmology and Oto-Laryngology. September 1908.*

Durch die Dehnung des Gaumengewölbes wird der Nasenboden verbreitert und die Entwickelung der zurückgebliebenen Theile angeregt. EMIL MAYER.

60) **Williams Watson. Bericht über einen Fall von Fensterung der vorderen Gaumenbögen. (Notes on a case of fenestration of the anterior pillars of the fauces.)** *Lancet. 25. Januar 1908.*

Wahrscheinlich handelt es sich um eine angeborene Anomalie. Es bestanden keine subjectiven Symptome. Die vorderen Gaumenbögen wurden bei der Phonation contrahirt; es war augenscheinlich, dass die Innenränder des Fensters auf jeder Seite von Muskeln gebildet waren, die nach unten zur Zunge zogen und von normaler Schleimhaut überzogen waren. Die hinteren Gaumenbögen waren von besonderen zur seitlichen Rachenwand ziehenden Muskelbündeln gebildet. Der Aufsatz ist illustrirt. ADOLPH BRONNER.

61) **Alexander Hugh Ferguson. Hasenscharte und Gaumenspalte. (Harelip and cleft palate.)** *Journal American Medical Association. Mai 1908.*

Giebt eine ausführliche Uebersicht über die verschiedenen Varietäten der Spaltbildungen und über die dabei zu empfehlenden Operationsmethoden.

EMIL MAYER.

62) **G. A. Stimson. Angeborene Insufficienz des Gaumens. (Congenital insufficiency of the palate.)** *The Journal of the American Medical Association. 13. Februar 1909.*

Verf. theilt einen hierher gehörigen Fall mit. Das Gaumengewölbe war hoch und spitzbogenförmig, die Uvula kurz und zweigetheilt, der weiche Gaumen ververkürzt. EMIL MAYER.

63) **Botey** (Barcelona). **Chirurgische Behandlung der Gaumensegelinsufficienz. (Tratamiento quirurgico de la insuficiencia velo-palatina.)** *Revista barcelonesa de laringologia. No. I. p. 48.*

Man kann in der Praxis drei Arten von Fällen beobachten:

a) Kürze der Gaumenwölbung ohne Insufficienz des Gaumensegels.

b) Insufficienz des Gaumensegels bei normaler Wölbung.

c) Kürze der Gaumenwölbung mit Insufficienz des Gaumensegels.

Das hauptsächlichste und constanteste Symptom ist die näselnde Sprache; Zurückfliessen der Flüssigkeit beim Trinken ist nicht so häufig.

Die Behandlung Botey's beruht auf der Annäherung der hinteren Gaumenbögen an die hintere Rachenwand. Verf. beschreibt einige von ihm zu diesem Zweck angegebene und benutzte Instrumente. Die Technik der Operation besteht darin, dass eine oder zwei Elipsen aus der Schleimhaut der hinteren Pharynxwand herausgeschnitten und die Ränder der Incision vernäht werden. Die Resultate sind sehr gut, aber nicht vollkommen.

TAPIA.

64) **J. Percy Fridenberg. Angeborene Spaltung der Gaumenbögen und Isolation des Musculus palato-glossus. (Congenital detachment of faucial pillars and isolation of palato-glossus muscle.)** *The Laryngoscope. Juli 1908.*

Die bilateralen und symmetrischen Spaltungen im Gaumenbogen sind fast stets angeboren. Verf. berichtet über einen hierher gehörigen Fall.

EMIL MAYER.

65) **J. Barnhill. Die Correction von Hasenscharten und Gaumenspalten. (The repair of hare-lip and cleft palate.)** *The Laryngoscope. October 1908.*

Die beste Zeit für die Operation ist — ausser wenn das Kind schlecht genährt oder anderweitig erkrankt ist — unmittelbar nach der Geburt. Wird das Kind erst kurz vor dem Zahnausbruch zum Chirurgen gebracht, so ist es besser, jenen erst abzuwarten, bevor man operirt. Das Kindesalter ist auch darum die beste Zeit für die Operation, weil bessere Chancen für die Phonation und Sprache bestehen. Wird die Operation verweigert, so gelingt es auch noch in späterem jugendlichen Alter bisweilen, zufriedenstellende kosmetische und functionelle Resultate zu erzielen. Bei der Operation ist vor allem auch darauf zu achten, dass die Gaumenmuskeln so wenig wie möglich verletzt werden; je weniger dies der Fall ist, desto besser ist nachher die Function.

EMIL MAYER.

66) **J. O. Roe. Eine neue plastische Operation für narbige Contracturen und Verwachsungen von Gaumen und Rachen. (A new plastic operation for cicatricial palato-pharyngeal contractures and adhesions.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Januar 1909.*

Für Narbencontracturen oder Verwachsungen im Nasenrachenraum als Folge von Ulcerationen oder Traumen schlägt Verf. eine Operationsmethode vor, die darin besteht, dass — nach Ablösung der Adhäsionen — die gegenüberliegenden Wundflächen mit Schleimhaut bedeckt werden, die von der Nachbarschaft entnommen ist.

LEFFERTS.

67) **Goris** (Brüssel). **Gaumenplastik mit Stirnaugenliderlappen nach der Bardenheuer'schen Methode.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 23. 1909.*

Um nach der Totalresection des Oberkiefers den Hohlraum zu vermeiden und sofort eine autoplastische Wiederherstellung zu erzielen, hat G. bei einem 55jährigen Patienten mit Sarkom des rechten Oberkiefers die von Bardenheuer angegebene Gaumenplastik mit Stirnaugenliderlappen mit gutem Erfolge angewendet. G. glaubt, dass dieses Verfahren dem Tragen eines künstlichen Gebisses vorzuziehen ist.

OPPIKOFER.

68) **E. Souchon. Die philosophische Anatomie der Zunge. (The philosophical anatomy of the tongue.)** *N. Y. Medical Record. 15. Mai 1909.*

Verf. definirt als „philosophische Anatomie" das Studium von der Ursache der Dinge, von den Principien und allgemeinen Gesetzen der Anatomie und von den Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung.

Nase, Zunge und Haut sind die einzigen Sinnesorgane, die ausserdem noch andere Functionen erfüllen. Die Zunge ist neben dem Herzen das einzige Organ, bei dem man Basis, Körper und Spitze unterscheidet; sie ist das einzige Organ, das aus der Höhle, in der es gelegen ist, herausgestreckt werden kann. Kein anderes Organ kann so seine Gestalt ändern und ist so beweglich. Sie hat eine doppelte Structur, gemäss seiner doppelten Function, der sensorischen und motorischen. Ihre Farbe wechselt mehr als die jeden anderen Organs. Sie ist das einzige Organ, das die drei Arten von Nerven enthält: den specifischen Sinnesnerv, den sensiblen Nerv und den motorischen Nerv u. s. w. LEFFERTS.

69) **R. Girandeau. Beitrag zum Studium der schwarzen Haarzunge. (Contribution à l'étude de l'hyperkératose papillaire linguale; langue noire pileuse.)** *Dissert. Paris 1908.*

G. hat im Verlaufe von 18 Monaten „ungefähr 30 Fälle" schwarzer Haarzunge beobachtet. Mittheilung von 14 Krankengeschichten.

In allen diesen Fällen zeigte der Speichel saure Reaction. Die Acidität des Speichels kommt zu Stande unter dem Einflusse einer Munderkrankung oder Allgemeinkrankheit, nach Gurgeln von Medicamenten mit saurer Reaction (Wasserstoffsuperoxyd, Chromsäure etc.). Der Acidität des Speichels glaubt G. beim Zustandekommen der Haarzunge eine grosse ätiologische Bedeutung beimessen zu müssen, und ist deshalb nicht einverstanden, dass Papon und Blegvad Wasserstoffsuperoxyd bei der Haarzunge als therapeutisches Mittel empfehlen.

Wie die überwiegende Mehrzahl der Autoren, so ist auch G., gestützt auf eigene mikroskopische Präparate, der Ansicht, dass es sich bei der Haarzunge nicht um eine parasitäre Erkrankung, sondern um eine Hyperkeratose des Epithels der hypertrophischen Papillae filiformes handelt. Für die Schwarzfärbung kann G. keine ganz sichere Erklärung abgeben. OPPIKOFER.

70) **T. L. Gilmer. Ranula.** *N. Y. Medical Record. 3. October 1908.*

Verf. ist zu der Anschauung gelangt, dass die gewöhnliche Ansicht, nach der die Ranula durch Verlegung der Ausführungsgänge der Glandula submaxillaris oder sublingualis bedingt sei, falsch ist. Seine Beobachtungen haben vielmehr in ihm die Ueberzeugung erweckt, dass die Ranula in den meisten Fällen entweder auf einer cystischen Degeneration eines von der Hauptdrüsenmasse getrennten Theils der Sublingualis beruht oder dass es sich um Cysten der Schleimdrüsen am Mundboden handele. Steine in den Drüsen betrachtet er nur als nebensächliches Vorkommniss bei schon bestehenden krankhaften Veränderungen; er hat solche stets nur im Ductus Whartonianus gefunden. Die Aetiologie der sogenannten Mikulicz'schen Krankheit ist unklar. Ferner berichtet Verf. noch über Tuberculose der Gland. sublingualis und führt Fälle davon an. LEFFERTS.

71) **R. Vitto-Massei** (Neapel). **Ein Fall von Hypertrophie der Zuckerkandl'schen Drüse.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 727. 1909.*

Der kastaniengrosse Tumor an der Zungenbasis bei einer 17jährigen Patientin enthielt bei der mikroskopischen Untersuchung Schilddrüsengewebe. Die Schilddrüse selbst war normal gebildet. Operation, Heilung. Eine farbige makroskopische Abbildung und drei mikroskopische Bilder. OPPIKOFER.

72) **M. D. Lederman. Fall von paroxysmalem Husten infolge Hypertrophie der Zungentonsille. (Case of paroxysmal cough due to Hypertrophy of the lingual tonsil.)** *New York Polyclinic Journal. September 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

73) **Kren** (Wien). **Ueber Sklerodermie der Zunge und der Mundschleimhaut.** *Arch. f. Dermatol. Bd. 95. 1909.*

Die seltene Mitbetheiligung des Mundes am Process der Sklerodermie wurde in der Klinik von Riehl in 12 Fällen beobachtet und genau studirt, so dass der Verf. ein abgerundetes klinisches Bild zu geben im Stande ist. Daraus sei nur hervorgehoben, dass die Zunge in allen 12 Fällen, die Schleimhaut der übrigen Mundhöhle in fast allen Fällen, am seltensten das Zahnfleisch erkrankt war. Die Sklerodermie kann daher die Schleimhaut der ganzen Mundhöhle befallen und beginnt an der Zunge. Man findet Veränderungen an der Schleimhaut fast in jedem Falle von diffuser Sklerodermie der Gesichtshaut, oftmals als dem Patienten unbekannt gebliebene Erscheinung, während nach den Angaben in der Literatur die Schleimhautlocalisation der Sklerodermie als seltene Erscheinung aufzufassen ist.

SEIFERT.

74) **Pieniazek. Primärer Krebs des Zäpfchens. (Rak pdenovtny -jerzezke.)** *Przeglad Lekarski. No. 12. 1909.*

Nachdem der Verf. die zugehörige Literatur der neueren Zeit besprochen hat, berichtet er über einen von ihm selbst beobachteten Fall. Es handelte sich um einen 74jährigen Mann, der 4 Monate, bevor er in das Krankenhaus kam, über einige Beschwerden im Halse klagte. Dazu traten Athemnoth und Schluckbeschwerden, so dass der Kranke zuletzt nur Flüssigkeiten zu sich nehmen konnte. Da er später zwischen den Zähnen etwas Fleischiges herauswachsen sah und dasselbe herausriss, trat eine heftige Blutung ein. Sonst hat der Kranke keine ernstere Krankheiten in seinem Leben durchgemacht. Bei der Untersuchung wurde eine dunkelrothe Geschwulst im Halse entdeckt, die stark durchfurcht und vorn aus dem Zäpfchen herausgewachsen war. Diese Neubildung war nicht fest angewachsen, sondern konnte auch nach vorn gezogen werden, so dass die hinteren Rachenwände frei waren. Aeusserlich wurde eine lymphatische Drüse gefunden, und zwar unter dem Kieferwinkel der unteren rechten Seite. Diese Geschwulst wurde am 20. Februar 1909 von Pieniazek auf operativem Wege entfernt und die mikroskopische Untersuchung ergab eine krebsartige Structur. Krebs des Zäpfchen gehört zu den seltenen Fällen, da in der Literatur nur eine geringe Zahl derartiger Fälle beschrieben ist. A. v. SOKOLOWSKI.

75) **R. B. Greenough. Die Resultate bei Operationen wegen Krebs der Zunge, der Mundhöhle und des Kiefers in Massachusetts General Hospital 1890 bis 1904. (The results of operations for cancer of the tongue, mouth, and jaw at the Massachusetts General Hospital 1890—1904.)** *N. Y. Medical Journal. 15. Mai 1909.*

Die Statistik umfasst 172 Fälle; von diesen wurden 112 operirt, 50 waren inoperabel und 10 verweigerten die Operation. Von den 112 Operirten starben 20 (17,8 pCt.) innerhalb der ersten 60 Tage nach der Operation. Carcinom des Mundbodens und der Zunge waren 98, von denen 62 operirt wurden; die Operationssterblichkeit betrug 8 (12,9 pCt.). Von den 58 Fällen, bei denen das Endresultat bekannt ist, waren 10 (17,2 pCt.) noch 3 Jahre nach der Operation ohne Recidiv; von den 40, bei denen Recidiv eintrat, war dies bei 38 vor dem Ablauf von 3 Jahren der Fall.

In 40 Fällen handelte es sich um Carcinom des Unterkiefers. Bei den 28 operablen Fällen betrug die Operationsmortalität 10 (35,5 pCt.). Bei den 26 Fällen, bei denen das Endresultat bekannt ist, waren 5 (19,2 pCt.) noch 3 Jahre nach der Operation frei von Recidiv. Von 14 Oberkiefercarcinomen wurden 10 operirt. In den 9 Fällen mit bekanntem Endergebniss starben alle innerhalb der ersten 3 Jahre. An den unmittelbaren Operationsfolgen starb keiner.

Von 11 Fällen mit Carcinom der Tonsille, des weichen Gaumens oder Rachens wurden 4 Fälle operirt, von denen einer sich noch nach 7 Jahren wohl befand.

LEFFERTS.

76) **v. Frisch** (Wien). **Fremdkörper in der Zunge.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 52. 1908.*

Haselnussgrosser Tumor in der Mitte der Zunge, Sprache und Nahrungsaufnahme nicht gestört. Probeexcision resp. Incision ergab das Vorhandensein eines „Pfeifenmundstückes", welches prompt in 3 Wochen eingeheilt war.

CHIARI-HANSZEL.

d. Diphtherie und Croup.

77) **J. D. Rolleston. Bemerkungen über hämorrhagische Diphtherie. (Notes on hemorrhagic diphtheria.)** *Metropolitan Asylums Board Reports. 1908.*

Unter hämorrhagischer Diphtherie versteht Verf. jene Fälle, in denen ausser anderen schweren Symptomen auch Hauthämorrhagien in einem früheren Stadium der Erkrankung auftraten, mit oder ohne gleichzeitige Blutungen auf den Schleimhäuten.

Von den 1550 Fällen von Diphtherie, die Verf. in den letzten 6 Jahren am Grove Hospital behandelt hat, waren 78 (5,03 pCt.) hämorrhagisch. In 53 Fällen waren die Haut und Schleimhäute, in 25 die Haut allein befallen. Die Fälle betreffen ausschliesslich Kinder. Von den 78 Kindern starben 65 (83,3 pCt.), während die Mortalität bei der Gesammtzahl von 1550 Fällen 8 pCt. betrug. Von 60 pCt. der tödtlich verlaufenden Fälle war Toxaemie die Todesursache. Zu erwähnen ist auch, dass nicht weniger als 87,3 pCt. der Fälle Nasendiphtherie hatten.

Alle 78 Fälle wurden zum Theil mit enormen Mengen von Serum behandelt. Obwohl bis zu 72000 I.-E. gegeben wurden, kamen keine dem Serum zuzuschreibenden üblen Folgen zur Beobachtung; die gewöhnlich bei schwerer Diphtherie beobachteten Folgeerscheinungen (Urticaria etc.) waren sogar hier weniger häufig als sonst.

Alle Kinder, die genasen, zeigten ausgedehnte Lähmungserscheinungen. Verf. empfiehlt, neben der Behandlung mit grossen Antitoxingaben Adrenalin zu geben.

FINDER.

78) **Aquilar** (Valencia). **Diphtherie. (Difteria.)** *Revista valenciena de ciencicas medicas. No. 173—185. 1908.*

Sehr ausführliche Beschreibung der Krankheit. Verf. bespricht besonders eingehend das neue von Wassermann nach der Idee, die Koch für sein neues Tuberculin befolgt hat, angefertigte Serum, d. h. intravenöse Injection eines Extracts von Diphtheriebacillen in Kaninchen.

TAPIA.

79) **W. H. Thompson. Ein schwerer mit gangränöser Diphtherie complicirter Scharlach, erfolgreich ohne Medicin behandelt. (A case of severe Scarlatina complicated with gangrenous diphtheria treated successfully without medicine.)** *N. Y. Medical Record. 5. Juni 1909.*

Fall eines 5jährigen Mädchens, bei dem am 7. Tage der Scharlachbehandlung Diphtherie auftrat. Weitere Complicationen waren: beiderseitige eitrige Mittelohrentzündung; Pneumonie und Pleuritis auf der linken Seite; andauernde Herzschwäche mit sehr aussetzendem Puls. Das Kind genas völlig. Die Behandlung bestand nur darin, dass alle 2 Stunden mit reichlichen Mengen heissen Wassers gegurgelt wurde.

LEFFERTS.

80) **J. D. Rolleston. Cervical- und Submaxillaradenitis während Reconvalescenz von Diphtherie. (Cervical and submaxillary adenitis in convalescence from diphtheria.)** *The British Journal of Children's diseases'. October 1908.*

Verf. hat bei 9,6 pCt. der in der Reconvalescenz von Diphtherie befindlichen Kinder in einem Stadium, wo keinerlei entzündliche Erscheinungen im Pharynx mehr vorhanden waren, Schwellung der cervicalen und submaxillaren Lymphdrüsen constatirt. Von dieser — vom Verf. so genannten — Spätadenitis ist die Drüsenanschwellung nach Serumgebrauch zu unterscheiden, die viel häufiger als jene ist. Während die Serumadenitis in jedem Alter vorkommt, findet sich die Spätadenitis nur bei kleinen Kindern. Sie ist — im Gegensatz zum Scharlach — nicht von Nephritis oder sonstigen erheblichen Allgemeinstörungen begleitet. Gewöhnlich geht die Adenitis zurück, ohne dass es zur Eiterung kommt. Die Serumadenitis erkennt man daran, dass noch andere Serumerscheinungen vorhanden sind. Bei der Diagnose der Spätadenitis muss eine Tonsillitis, Rückfall von Tonsillitis oder der Beginn eines acuten Exanthems ausgeschlossen werden können. Die Spätadenitis hat keine prognostische Bedeutung.

FINDER.

81) A. Ghiotti. **Die histologischen Veränderungen der Organe beim Croup. (Le alterazioni istologiche degli organi nel croup.)** *Giorn. Intern. delle Scienze Mediche. 1908.*

Die Untersuchungen, die Verf. an den Organen von 10 an Croup gestorbenen Patienten vorgenommen hat, ergaben:

1. Das Vorhandensein der von Oertel und Katzenstein behaupteten und von Baginsky geleugneten hyalinen Degeneration der Gefässwände in der Lunge;
2. die hyaline Degeneration der Lebergefässe und die Hyperplasie ihres Epithels, wie man es bei experimenteller Diphtherie findet;
3. Degeneration der Gefässe und nicht selten Blutergüsse in der Milz;
4. entzündliche Veränderungen besonders in den Nieren, als Nephritis haemorrhagica (Oertel);
5. Endocarditis und Pericarditis.

Diese Veränderungen variiren in Bezug auf Form und Intensität, finden sich aber constant in allen Fällen.

FINDER.

82) Rodriguez Vargas (Valladolid). **Kehlkopfintubation beim Kind und Erwachsenen. (Intubación de la laringe en el nino y en el adulto.)** *Valladolid 1908.*

Es handelt sich um eine sehr ausführliche Studie über den Gegenstand; die verschiedenen Instrumente zur Intubation und Decanulirung werden beschrieben und kritisch besprochen. Verf. schildert einen Apparat zur Intubation, den er selbst mit Vorliebe anwendet. Intubation und Tracheotomie werden miteinander verglichen und die Medicationen beider Verfahren gegen einander abgewogen.

TAPIA.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

83) Bertrand. **Glottisödem und widerspänstiger Spasmus nach Rubeola. (Oedème de la glotte et spasme rébelle postrubéolique.)** *Journal Sc. Méd. Lille. No. 40. 1908.*

Bei einem 8jährigen Kinde traten am 8. Tage einer sehr starken Rubeola plötzlich asphyktische Anfälle auf; es handelte sich um Laryngitis und Oedem. Die sofort vorgenommene Intubation wurde 18 Tage lang beibehalten, aber der Spasmus wich nicht; es musste die Tracheotomie gemacht werden. Erst nach 9 Monaten war das Kind völlig genesen.

A. CARTAZ.

84) T. H. Halsted. **Bericht über einen Fall von wahrscheinlichem persistirenden angioneurotischen Kehlkopfödem. (Report of a case of probable persistent angioneurotic edema of the larynx and soft palate.)** *The Laryngoscope. November 1908.*

An Uvula, weichem Gaumen und Larynx besteht eine blasse, ödematöse Infiltration, die bereits seit einem Jahre unverändert ist. Die Athmung war selten beeinträchtigt, acute dyspnoische Anfälle traten nicht auf. Während des Jahres traten 5 oder 6mal Erscheinungen im Gesicht auf, die von dem behandelnden Arzt zuerst für Erysipel gehalten wurden. Während der Zustand von Pharynx und Larynx unverändert geblieben ist, spielen sich die activen Erscheinungen jetzt hauptsächlich auf der Haut ab.

EMIL MAYER.

85) **Karl Kofler** (Wien). **Ein Fall von Oedem im Larynx nach Jodkaligebrauch.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Heft 2. 1909.*

Ein 37jähriger Patient nahm 3 g Jodkali auf einmal und zeigte nach wenigen Stunden die Erscheinungen einer acuten Intoxication im Gebiete der oberen Luftwege. Die Krankengeschichte ist in extenso berichtet und unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur epikritisch erörtert. HECHT.

86) **F. Adzuma. Ein Sectionsfall von Oedema glottidis acuta.** *Osaka-igakukwai-zasshi. Bd. VII. Heft 5. 1908.*

Das Sectionsmaterial ist das eines 3jährigen an Pocken gestorbenen Kindes. INO KUBO.

87) **E. Périnet. Einstäubung von Adrenalin-Cocain bei Larynxödem. (Des pulvérisations d'Adrénaline-Cocaïne dans les oedèmes du larynx.)** *Dissert. Paris 1908.*

Bei den verschiedenen Arten von Larynxödem lässt sich manchmal die Tracheotomie noch umgehen, wenn mehrmals täglich ein graduirter Sprayapparat mit abgebogener Canüle zur Anwendung kommt, der 1 proc. Cocain und Adrenalin (1 : 1000) zu gleichen Theilen enthält. OPPIKOFER.

88) **Alfred Villa. Pathogenese der acuten Kehlkopfstenose bei Masern. (Pathogenesis of acute Larynxstenosis in measles.)** *N. Y. Medical Record. 28. März 1908.*

Verf. berichtet über eine Masernepidemie, während deren zahlreiche Fälle von acuter Larynxstenose nebst einigen Todesfällen vorkamen. Die Epidemie nahm während 6 Monaten zu. In drei verschiedenen Perioden der Erkrankung wurden die Kehlkopfstenosen beobachtet: Im Anfang, während der Eruption und in der Reconvalescenz. Verf. meint, die Stenose werde bedingt durch ein Exanthem der Glottis, und zwar handele es sich um eine blosse Complication der Erkrankung und keine Mischinfection. Tritt die Stenose spät auf, so handelt es sich um eine wiederkehrende Eruption, wenn nicht um eine Neuinfection.

Die Gesammtzahl der beobachteten Fälle betrug 246; bei 45 wurde die Kehlkopfcomplication beobachtet. Von diesen kamen 32 vor oder während des äusseren Exanthems vor und 13, nachdem dieses schon vorüber war. Der Verf. beschreibt 2 sehr schwere Fälle; der eine von ihnen verlief tödtlich und die Autopsie zeigte das Vorhandensein von Membranen im Larynx. Die Membranen enthielten keine Löffler'schen Bacillen, sondern nur den Staphylococcus albus. LEFFERTS.

89) **T. H. Baley. Ausgesprochene Kehlkopfstenose während des Verlaufes von Masern. (Marked laryngeal stenosis during the course of measles.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Fall von Masern mit Heiserkeit und rasch zunehmender Dyspnoe. Es handelte sich um spastische Laryngitis. Der Fall verlief günstig. Als hauptsächlichste differentialdiagnostische Momente gegenüber dem Croup giebt Verf. folgende an: Bei spastischer Laryngitis ist die Dyspnoe hauptsächlich eine inspiratorische, während sie bei der Diphtherie exspiratorisch ist; bei jenen ist die

Stimme zwar erheblich alterirt, es besteht aber nicht, wie bei dieser, Aphonie; ferner spricht für spastische Laryngitis das plötzliche Eintreten — meist bei Nacht — der Athembeschwerden; bei Diphtherie ist auch stets der untere Abschnitt des Pharynx hochgradig geröthet.

LEFFERTS.

90) **John Rogers. Die Behandlung chronischer Stenose des Kehlkopfes und der Trachea. (The treatment of chronic stenosis of the larynx and trachea.)** *American Journal of Medical Sciences. April 1908.*

In 18 Fällen von 23 wurde — mit zwei Ausnahmen — vollkommenes Resultat erzielt. Es handelte sich um Neubildungen — hauptsächlich Papillome —, Narben entzündlichen, traumatischen oder operativen Ursprungs, subglottische Hypertrophie, Abductorlähmung, Fälle von Canulards. Verf. hat besondere Tuben angegeben. Der Hals der Tube soll so dick wie möglich sein, um genügenden Druck auf das hypertrophische intralaryngeale Gewebe auszuüben, sein transversaler Durchmesser muss aber $1/4$ cm dünner sein, als der Körper, damit die Tube nicht ausgehustet wird. Der Kopf der Tube muss $1/2$ cm mehr im Durchmesser haben, als der Körper, um zu verhüten, dass die Tube in den Kehlkopf gleitet.

Bei Papillomen, bei denen die äussere Operation vorgenommen ist, wird nach Ausräumung des Kehlkopfes eine grosse cylindrische Tube eingesetzt und die Wunde geschlossen. Der Druck der Tube verhindert Blutungen und es besteht keine Gefahr des Oedems.

EMIL MAYRE.

91) **N. Melzi** und **A. Cagnola. Ueber vier Fälle von chronischer laryngotrachealer Stenose, geheilt mittels Laryngo-Tracheotomie. (Sopra 4 casi di stenosi croniche laringo-tracheali gueriti colla laringe-tracheotomia.)** *Gazz. degli osped. e delle clin. No. 74. 1908.*

Verff. reclamiren für das von ihnen geübte Verfahren die Priorität. Das Verfahren besteht darin, dass der stenosirte Theil des Kehlkopfs und der Trachea freigelegt und alles Narbengewebe entfernt wird, bis das Lumen wieder hergestellt ist. Von allen Methoden sei dies die einzige, die definitive Resultate giebt; sie ist auch in den schwersten und bisher für unheilbar geltenden Fällen mit Erfolg anwendbar. Bericht über 4 Fälle.

FINDER.

92) **L. Beco** (Lüttich). **Laryngo-tracheostomie und Laryngotrachealpapillome. (Laryngo-trachéostomie et papillomes laryngo-trachéaux.)** *La Presse otolaryngol. belge. No. 7. 1908.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belgischen oto-largngologischen Gesellschaft im Juni 1908.

PARMENTIER.

93) **Sargnon** und **Vignard. Parallele zwischen der inneren Caoutschoucdilatation und der Laryngostomie. (Parallèle entre la dilatation caoutchoutée interne et la laryngostomie.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 9. 1908.*

Mittheilung auf der belgischen oto-laryngologlischen Gesellschaft im Juni 1908; vergl. den diesbezüglichen Bericht.

PARMENTIER.

94) **Labarre. Laryngostomie wegen absoluter Laryngotrachealverlagerung. (Laryngostomie pour oblitération absolue laryngo-trachéale.)** *La Presse oto-laryngologique belge. No. 9. 1908.*

Mittheilung auf der belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft im Juni 1908; siehe den diesbezüglichen Bericht von Bayer.

PARMENTIER.

95) **V. Delsaux** (Brüssel). **Laryngostomie wegen subglottischer Verengerung bei einem erwachsenen Canülenträger seit über 2 Jahren. (Laryngostomie pour rétrécissement sous-glottique chez un adulte, canulard depuis plus de deux ans.)** *La Presse oto-laryngol. belge. No. 9. 1908.*

Mittheilung auf der Jahresversammlung der belgischen oto-laryngologischen Gesellschaft im Juni 1908; siehe den diesbezüglichen Bericht von Bayer.

PARMENTIER.

96) **Fallas. Ein Fall von Laryngostomie. (Un cas de laryngostomie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 37. 1908.*

In der Sitzung der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant vom 26. Juli 1908 stellt F. im Namen Jauquet's einen Knaben vor, an welchem dieser die Laryngostomie vorgenommen hatte; vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belgischen oto-rhinologischen Gesellschaft vom 27. Juni 1908 in Brüssel.

BAYER.

97) **Cheval. Laryngotracheostomie. (Laryngo-trachéostomie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 43. 1908.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Hospitäler vom 10. October 1908 stellt Ch. ein canületragendes Kind vor, welches jedesmal zu ersticken drohte, wenn man die Canüle zu entfernen suchte. Eine gestielte Fungosität hatte sich im Niveau der Mündung des Instruments gebildet, die jedesmal, wenn man das Instrument zu entfernen suchte, das Lumen der Trachea verlegte und so Erstickungsanfälle hervorrief. Ch. nahm die Laryngotracheostomie vor, entfernte die Neubildung und liess die Operationswunde weit offen stehen. Dem Kinde geht es gut und wird man bald die Plastik vornehmen können.

BAYER.

98) **J. Baratoux. Laryngostomie. (Larygostomy.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Die Unzuträglichkeiten des Verfahrens sind nach dem Verf.: die Möglichkeit von Bronchial- und Lungencomplicationen während der ersten paar Tage, Verschiebung und Verstopfung des Drains, die Neubildung von Gewebe, der Verlust des Timbre in der Stimme, die kaum ein Flüstern zulässt; demgegenüber steht, dass die Laryngostomie sehr viel nützt bei einer grossen Zahl von hartnäckigen Fällen von Larynxstenosen, sowie bei Larynxtuberculose, bei der energische Behandlung nothwendig ist, endolaryngeale Eingriffe aber nicht vertragen werden, ferner bei recidirenden Larynxpapillomen, sowie bei malignen Tumoren, was Grossmann betont hat.

Die Operation erfordert eine lange und mühselige Nachbehandlung, was aber durch die ausgezeichneten Erfolge compensirt wird.

EMIL MAYER.

99) R. Barlatier. **Die Laryngostomie bei der Behandlung der Kehlkopfverengerungen. (La Laryngostomie dans le traitement des rétrécissements du larynx.)** *Dissert. Macon 1908.*

Verf. giebt vorerst einen Ueberblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden bei Kehlkopfverengerung und beschreibt dann eingehend die Laryngostomie. Diese Methode liefert gute Resultate; nur muss die Dilatation mit den Caoutschukdrains während einer Reihe von Monaten fortgesetzt werden. B. stützt seine Erfahrungen auf 12 Fälle, die durch seinen Lehrer Sargnon operirt wurden. 11 dieser 12 Fälle sind bereits in einer früheren Arbeit von Rabot, Sargnon und Barlatier veröffentlicht. Das Referat dieser letzteren Arbeit findet sich im Centralblatt für Laryngologie 1908, S. 554.

OPPIKOFER.

100) Sieur. **Zwei Fälle von Kehlkopfstenose mittels Laryngostomie behandelt. (Deux cas de sténose laryngée traités par laryngostomie.)** *Académie de médecine Paris. 13. April 1909.*

Bei dem einen Fall handelte es sich um eine Stenose infolge eines Pferdebisses, in dem anderen um eine solche nach Laryngotyphus. In beiden Fällen war es nicht möglich, die Tracheotomiecanüle zu entfernen. Verf. machte in beiden Fällen die Laryngostomie und dilatirte allmählich mit Caoutschukmandrins.

In dem einem Fall führte die Dilatation in 14 Tagen zum Ziel und die Laryngotrachealwunde konnte geschlossen werden; in dem anderen erforderte die Dilatation mehr als ein Jahr Zeit.

A. CARTAZ.

101) Lavrand. **Das Fibrolysin bei den Verengerungen des Kehlkopfs. (La fibrolysine dans les rétrécissements du larynx.)** *Société de sciences méd. de Lille. 16. December 1908.*

Verf. hat bei einem 14jährigen Mädchen Fibrolysininjectionen angewandt. Bei der Patientin hatten syphilitische Gummata zu ausgedehnten Geschwüren im Pharynx und zur Zerstörung von Gaumensegel und Epiglottis geführt. Unter specifischer Behandlung gingen diese Veränderungen zurück; es blieb aber eine subglottische Verengerung bestehen, die schliesslich die Tracheotomie nothwendig machte. Es wurden Fibrolysininjectionen gemacht, um die Gewebe zu erweichen und die Dilatation des Larynx zu ermöglichen; diese hatte ein gutes Resultat.

A. CARTAZ.

102) A. Kovács (Budapest.) **Nach Kehlkopfstenose entstandener Fall von Lungentuberculose.** *Orvosi Hetilap. No. 13. 1909.*

Nach Kalilauge-Vergiftung, welche eine derartige Stenose der Speiseröhre verursachte, dass nach 3 Wochen Anlegung einer Magenfistel nothwendig wurde, trat auch bedeutende Stenose des Kehlkopfes auf, welche aber keine Tracheotomie erforderte; später haben sich dann noch Symptome von Lungentuberculose gezeigt.

v. NAVRATIL-POLYAK.

103) A. Iwanow. **Laryngostomie bei Perichondritis des Kehlkopfes. (Laringostomia pri perichondrite gortani.)** *Jeshemesjatschnik. p. 73. 1909.*

Verf. hat 8 Fälle von perichondritischer Verengerung mit Laryngostomie be-

handelt. Dabei stellte es sich heraus, dass das Gewebe bei perichondritischer Erkrankung durch das Einlegen von Caoutschukröhren nicht einschmilzt. Es muss zunächst ausgeschnitten werden. Die ausgeschnittenen Gewebsstücke sollen keilförmig sein. Als Erweiterungsmittel benutzt I. Gummiröhren, die mit Marly befestigt werden. Zur Plastik wurde in einem Falle Nasenseptumknorpel verwandt. Mit der Laryngostomie soll nicht gewartet werden, wie Sargnon und Barlatier rathen, bis die Entzündungserscheinungen schwinden, sondern möglichst frühzeitig zugegriffen werden.

Bei 4 Fällen ist die natürliche Athmung hergestellt, 3 Fälle sind noch in Behandlung. Ein Patient starb. Die Behandlung ist eine mühsame und langwierige, sie dauert bis zu einem Jahre und darüber. P. HELLAT.

104) A. Primavera. **Acute Miliartuberculose nach Kehlkopfintubation. (Acute miliary tuberculosis following intubation of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 14. December 1907.*

Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen acute allgemeine Miliartuberculose nach Intubation und wiederholter Reintubation auftrat. In beiden Fällen bestanden sehr vorgeschrittene tuberculöse Veränderungen im Kehlkopf, die aller Wahrscheinlichkeit nach vor dem Process begonnen hatten, der die Intubation nothwendig machte. Eine acute allgemeine Miliartuberculose begann sehr bald nach der Intubation, und zwar fasst Verf. den Zusammenhang so auf, dass der durch die Tube gesetzte Traumatismus den tuberculösen Process verallgemeinert habe.

LEFFERTS.

105) Hougardy. **Die Intubation des Kehlkopfs. (Le tubage du larynx.)** *La Gazette méd. Belge. No. 20. 1908.*

In der Sitzung der medico-chirurgischen Gesellschaft in Lüttich vom Februar 1908 sprach H. über die Intubation. Nichts Neues. BAYER.

106) D. Bryson Delavan. **Chronische Kehlkopfstenose durch Intubation geheilt. (Chronic stenosis of the larynx cured by dilatation.)** *The Laryngoscope. Juni 1909.*

Patientin, eine 35jährige Frau, litt an acuter Laryngitis mit Erosionen an den Stimmbändern. Allmählich verengte sich der Larynx, bis der Zustand derart ernst wurde, dass sie eiligst in das Hospital gebracht werden musste, wo die Tracheotomie gemacht wurde. Der Schnitt war nicht in der Mittellinie gemacht worden. Die Canüle konnte nicht entfernt werden und es wurde eine O'Dwyer-Tube, modificirt von John Rogers, eingelegt. Jedesmal jedoch, wenn diese Tube entfernt wurde, trat heftige Dyspnoe auf. Nach einem Jahr wurden die Verwachsungen mittels des Gleitsmann'schen schneidenden Dilatators getrennt. Nach vier Jahren konnte die Tube permanent entfernt werden. EMIL MAYER.

107) Pospischill (Wien). **Ueber die Anwendung einer brauchbaren Tamponcanüle beim laryngostenotischen infectionskranken Kinde.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1908.*

Princip der Trendelenburg'schen Canüle mit innerer Canüle, der zum

Tampon bestimmte Gummiballon aus Condomgummi ist nicht soweit hinaufmontirt. Nach jedem Gebrauch wird die Canüle abmontirt, sterilisirt und neu mit Tampon und Controlballon armirt. Diese Canüle bewährte sich besonders hinsichtlich der Ernährung.

HANSZEL.

108) **Nowotny. Ueber die Bronchoskopie als Heilmethode bei Bronchialstenose. (Bronchoskopia i leczenie no ty drodre Dychawicy oskrzelowy.)** *Przeglad Lekarski. No. 24 u. 25. 1909.*

Verf. erinnert, dass Pieniazek der erste war, der die Bronchoskopie bei Asthma bronchiale anwendete; dann beschreibt Verf. noch einen Fall von Hermann Schrötter. Bis jetzt wurde vom Verf. in 8 Fällen von schwerer Athemnoth, die nach dem klinischen Verlaufe als Asthma bronchiale diagnosticirt wurde, die Bronchoskopie, in manchen Fällen sogar einige Male angewendet. Auf Grund der 8 beobachteten Fälle und einiger aus der Literatur (Trétrôp und Galewsky) kommt Verf. zu folgendem Schlusse: In 7 Fällen war das Resultat nach der Anwendung der Bronchoskopie positiv, in einem, bei dem wahrscheinlich die Athemnoth nicht bronchialen Ursprungs war, negativ. In den 7 Fällen war die Verbesserung des subjectiven wie auch objectiven Zustandes (weniger Auswurf, Verschwinden der bronchialen Geräusche) nicht in allen gleichmässig, auch nicht constant. In einem Falle kehrten die asthmatischen Anfälle seit der Anwendung der Bronchoskopie seit 2 Jahren nicht zurück. In allen Fällen applicirte Verf. nebenbei grosse Mengen von Cocain und Adrenalin. Bei der Anwendung der Bronchoskopie als Heilmethode des Asthma bronchiale wirken nach Ansicht des Verf.'s zwei Factoren: 1. Application von Cocain und Adrenalin, die den ödematösen Zustand der Schleimhaut der Trachea und Bronchien vermindern; 2. die Einführung des Bronchoskops, welches Verfahren den reichlichen Auswurf aus den Bronchien befördert. Am sichersten wirkt nach Verf.'s Ansicht die Bronchoskopie in Fällen von sog. chronischem Asthma bronchiale, wo neben dem ödematösen Zustande der Schleimhaut in den Bronchien grosse Mengen von schleimigem und klebrigem Auswurf stagniren, welche manchmal, wie Verf. beobachten konnte, das Lumen einzelner Bronchien verstopfen.

Diese Beobachtungen führen den Verf. zu folgender Erklärung des Asthma bronchiale: Asthma bronchiale ist ein nervöses, reflectorisches Leiden; das Auftreten der asthmatischen Anfälle hat einen Zusammenhang mit krankhafter Erregung des nervösen Centrums im Sinne einer Prädisposition, unter Einfluss verschiedener Factoren, die auf verschiedene peripherische Stellen wirken, auf angioneurotischem Wege tritt plötzlich Hyperämie, Oedem und Exsudat in der Schleimhaut der Bronchien auf. Der chronische asthmatische Zustand wird durch den chronischen bronchialen Katarrh bedingt, welcher manchmal als primitives Leiden angesehen werden muss.

A. v. SOKOLOWSKI.

f. Schilddrüse.

109) **S. P. Beebe. Einige Verhältnisse der Schilddrüse. (Some relations of the thyroid gland.)** *The Therapeutic Gazette. December 1908. Pennsylvania Medical Journal. December 1908.*

Verf. bekennt sich als ein Gegner der chirurgischen Behandlung und als

enragirter Anhänger der Serumtherapie, die seiner Ansicht nach mehr leistet, als alle anderen Behandlungsmethoden.

EMIL MAYER.

110) **J. M. Wainwright. Persönliche Erfahrungen in der Chirurgie des einfachen Kropfes. (Personal experience in the surgery of simple types of goitre.)** *Pennsylvania Medical Journal. December 1908. Therapeutic Gazette. December 1908.*

Verf. berichtet über 18 Fälle, von denen 13 Frauen betrafen. Alle Patienten waren in Wales geboren oder stammten von dort geborenen Personen ab. Bei 17 trat plötzliche Heilung ein, einer starb an Recidiv einer bösartigen Struma. In allen Fällen wurde prima intentio erreicht; jedoch fieberten die meisten 4 bis 5 Tage nach der Operation.

EMIL MAYER.

111) **E. D. Martin. Die chirurgische Behandlung der malignen Struma. (The surgical treatment of malignant goitre.)** *The Therapeutic Gazette. December 1908. Pennsylvania Medical Journal. December 1908.*

Der Erfolg der Behandlung hängt von frühzeitiger Diagnose ab. Diese kann aber in sehr vielen Fällen nicht mit Sicherheit gestellt werden und erst die nachträgliche mikroskopische Untersuchung des entfernten Schilddrüsentumors ergiebt, warum es sich handelt. Schlimmstenfalls hat man dann aber einen nicht bösartigen Kropf entfernt.

Die maligne Struma kommt meist im höheren Lebensalter vor, auch ergiebt die Anamnese, dass in den meisten Fällen bereits vorher ein Kropf vorhanden gewesen war. Maligne Struma findet sich häufiger bei Frauen.

EMIL MAYER.

112) **W. H. Thomson. Morbus Basedow und seine Behandlung. (Exophthalmic goitre and its treatment.)** *American Journal Medical Sciences. März 1908.*

Verf. ist der Ansicht, dass die Krankheit von einem specifischen Gift herrührt, das mit dem Blutstrom überallhin geführt wird, ohne die Gewebe zu verändern, ausser indirect durch die Ernährungsstörung. Die Natur dieses Giftes ist bisher noch völlig unbekannt. Verf. discutirt über die Theorien, nach denen die Krankheit auf einer Hypersecretion der Schilddrüse oder Nebenschilddrüsen beruhen soll. Er sagt, es könne über die Wirksamkeit des Serums von Beebe und Rogers in manchen Fällen kein Zweifel bestehen; wie dies zu erklären sei, sei aber eine andere Sache. Am schwierigsten für die Behandlung sind die Fälle ohne Kropf. Die besten Resultate giebt nach seinen Erfahrungen in schweren Fällen eine geeignete medicamentöse Behandlung. Wenig Aussichten bieten nur die Fälle, wo unstillbares Erbrechen und Diarrhoe den Patienten bereits sehr geschwächt haben.

Körperliche und geistige Ruhe und Diät (völliges Enthalten von Fleisch, Austern, Hummer; sehr wenig Geflügel, ein Ei am Tage). Vegetarische Kost und gegohrene oder auch peptonisirte, aber nicht rohe Milch sind am besten. Spinat und Spargel, Bohnen und Erbsen sind verboten. Früchte, ausser rohen Aepfeln und Stachelbeeren, sind zuträglich. Zu Beginn jeder Mahlzeit werden 2 g Natr. phosphor. und einmal in der Woche ein mercurielles Laxativum gegeben; auch

Natr. benzoic. (0,65 g) eine Stunde nach jeder Mahlzeit. Zur Nacht 0,19 g Naphthalen und 0,65 Natr. benzoic. in einer Kapsel. EMIL MAYER.

113) **J. C. Price. Die Anwendung der X-Strahlen in der Behandlung des Morbus Basedow. (The use of the x-ray in the treatment of ophthalmic goitre.)** *Therapeutic Gazette. December 1908.*

Verf. setzt die Vorzüge der Röntgenstrahlenbehandlung auseinander, zu der sich die Patienten viel eher als zu einer Operation entschliessen, so dass man sie also behandeln kann, bevor ihr Allgemeinzustand sehr geschädigt ist.

EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

114) **J. P. Griffith** und **R. S. Lavenson. Angeborene Missbildung des Oesophagus nebst Mittheilung eines Falles. (Congenital malformation of the oesophagus with the report of a case.)** *Archives of Pediatrics. März 1909.*

Nach Aufzählung der an der Speiseröhre beobachteten angeborenen Missbildungen theilt Verf. einen Fall von angeborener Atresie mit Tracheo-Oesophagealfistel mit. Das Kind starb am 9. Tage. Beim Versuch, es zu füttern, erfolgten Hustenanfälle mit Cyanose.

Die Autopsie zeigte eine Dilatation des pharyngealen Abschnitts des Oesophagus bis 4 cm unterhalb des Niveau des oberen Randes des Larynx, wo sie plötzlich aufhört. Der untere Theil des Oesophagus war normal vom Magen aufwärts, bis kurz vor dem Ende des oberen Abschnitts, woselbst das Lumen plötzlich sich verengte und eine schlitzartige Oeffnung sich befand, die in die Trachea führte.

Verf. hält die von Shattock gegebene Erklärung für das Zustandekommen dieser Missbildungen für die befriedigendste. EMIL MAYER.

115) **Lindemann. Beitrag zur Pathologie der Oesophagusschleimhaut.** *Virchow's Archiv. 1. August 1908.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Theorien, die aufgestellt wurden, um das Vorkommen von Inseln gastrischer Schleimhaut inmitten der Oesophagusschleimhaut zu erklären. Seine Ansicht ist, dass es sich um einen Vorgang handelt, ähnlich dem, der bei der Erosion am cardialen Ende des Oesophagus sich abspielt, nämlich um Abstossung der oberen Lagen des Pflasterepithels infolge der durch die Secrete bedingten Maceration. FINDER.

116) **Destot** (Lyon). **Ectasie der Speiseröhre. (Ectasie oesophagienne.)** *Lyon Médical. Soc. de chirurgie. 6. Juni 1909.*

Verf. theilt zwei Fälle von Ectasie des Oesophagus oberhalb eines spastischen Ringes mit; aus der Anamnese war nichts zu eruiren, ausser dass die Patienten Influenza gehabt hatten. Er macht darauf aufmerksam, dass in diesen Fällen die Oesophagoskopie leicht zu Irrthümern führt. GONTIER de la ROCHE.

117) **H. S. Plummer. Divertikel des Oesophagus nebst Bericht über 6 Fälle. (Diverticula of the oesophagus with a report of six cases.)** *The Journal of the Minnesota State Medical Association. 5. Juni 1909.*

Verf. beschreibt die verschiedenen Untersuchungsmethoden; er lässt, um das Vorhandensein eines Divertivels zu constatiren, grosse Mengen Seidenfäden hinunterschlucken. Er theilt 6 Fälle mit, von denen 4 durch Chas. Mayo mittels Excision des Sackes operirt wurden. Nach der Operation verschwanden alle Symptome.

EMIL MAYER.

118) **Guisez** (Paris). **Narbenstenosen des Oesophagus nach Ulcus rotundum. Neue Fälle von schwerem Cardiospasmus. Oesophagoskopische Diagnose und Behandlung. (Sténoses cicatricielles de l'oesophage consécutive à l'ulcère rond. Nouveaux cas de cardiospasme à forme grave. Diagnostic et traitement oesophagoscopique.)** *Soc. Médicale des hôpitaux. 21. Mai 1909.*

Mittheilung einfacher Beobachtungen.

GONTIER de la ROCHE.

119) **Rouvillois** (Paris). **Verengerung des Speiseröhrenmundes und Rachendivertikel. (Retrécissement de la bouche de l'oesophage et diverticule du pharynx.)** *Sociéte de chirurgie. 19. Mai 1909.*

23jähriger Mann, der im Alter von 13 Jahren eine Laugenverätzung der Speiseröhre erlitten hatte. Wenn Patient isst, so bleibt der Bissen stecken und bildet in der Höhe des unteren Theils der rechten Regio sterno-mastoidea eine erhebliche Anschwellung. Nach einem Augenblick Würgens, von deutlichen Geräuschen begleitet, gleitet der Bissen in den Magen hinab.

Es handelt sich um eine Ausbuchtung des Pharynx in Höhe des Speiseröhrenmundes. Verf. begnügt sich mit allmählicher Dilatation.

GONTIER de la ROCHE.

120) **Gebarski. Ueber die Anwendung des Fibrolysin bei Oesophagusstenose. (O stosowanin fibrolizyny w przypadku wezenia przelyku po oparznin lugiem.)** *Przeglad Lekarski. No. 26. 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall, bei welchem eine totale Stenose des Oesophagus, durch Verbrennung mit Kalilauge bedingt, einige Zeit mit Sondirung vergeblich behandelt wurde. Da trotz systematischer Einführung verschiedener Bougies die Stenose in demselben Zustande blieb, wendete Verf. Einspritzungen von Fibrolysin an. Nach einigen Tagen (20 Einspritzungen) konnte Verf. ziemlich dicke Bougies (No. 29) einführen und der Kranke fing an, auch feste Speisen zu sich zu nehmen.

A. v. SOKOLOWSKI.

121) **Samuel S. Adams. Ein Fall von spastischer Strictur der Speiseröhre. (A case of spasmodic stricture of the oesophagus.)** *Archives of Pediatrics. März 1909.*

Anfälle von spastischen Contracturen des Oesophagus bei einem Kinde. Die Autopsie ergab nichts Besonderes.

EMIL MAYER.



122) **Bouchut** und **Gignoux** (Lyon). **Krebs der Speiseröhre, übergreifend auf die Wirbelsäule und eine plötzliche Lähmung hervorrufend. (Cancer de l'oesophage propagé à la colonne vertébrale et déterminant une paraplégie brusque.)** *Société nationale de médecine de Lyon. 10. Mai 1909.*

Auffallend ist, dass der Krebs keinerlei Stenoseerscheinungen mit sich brachte.

GONTIER de la ROCHE.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Moritz Schmidt — Edmund Meyer: Die Krankheiten der oberen Luftwege. Springer. Berlin 1909.

Im Vorwort zu der neuen Auflage berichtet Ed. Meyer, dass er sich nur mit schwerem Herzen entschlossen habe, die Bearbeitung des Moritz Schmidt'schen Lehrbuches zu übernehmen, weil es ihm von vorneherein klar war, dass die Schwierigkeiten dieser Aufgabe „schier unüberwindliche" seien. Denn dieses Buch „spiegelt so sehr die Persönlichkeit seines Verfassers wieder, und ist von einem so persönlichen Standpunkte aus geschrieben, dass es für einen anderen kaum möglich erschien, es in einer neuen Auflage herauszugeben". Aber diese Aufgabe war nicht nur, wie der neue Herausgeber mit Recht betont, sehr schwierig, sie war auch — der Referent darf ja aussprechen, was der Herausgeber aus leicht begreiflichen Gründen verschweigt — recht undankbar. Denn bei einem Werke, bei dem das Beste, das, was uns allen lieb und werth ist, die persönliche Note des Verfassers ist, da muss der Bearbeiter sich an allen Ecken und Enden Zurückhaltung auferlegen, damit er nicht durch den eigenen Ton den seines Auftraggebers gefährdet. Das erfordert aber viel Tact, und darüber hinaus noch einen Grad von Selbstentäusserung, welcher einem Manne, der in mehr als 20jähriger wissenschaftlicher Arbeit und practischer Bethätigung zu einer eigenen Persönlichkeit geworden ist, nicht immer leicht sein dürfte. Wenn sich Ed. Meyer trotzdem, im vollen Bewusstsein der zu überwindenden Schwierigkeiten, entschlossen hat, dem ehrenvollen und dringenden Wunsch des verehrten Mannes nachzugeben, so gebührt ihm dafür der Dank aller Fachgenossen.

Die ursprüngliche Eintheilung des Lehrbuches ist auch in der neuen Auflage auf besonderen Wunsch von Moritz Schmidt beibehalten worden. Man kann diesen Wunsch wohl verstehen, denn für ein Lehrbuch „der oberen Luftwege" ist es nur logisch, die „oberen Luftwege" als ein einheitliches Ganzes auch einheitlich zu behandeln. Aber so richtig dieser Gedanke an und für sich ist, bei seiner Uebertragung in die Praxis ist es Moritz Schmidt nicht immer gelungen, der übergrossen Fülle des Materials Herr zu werden und das Besondere im Einheitlichen organisch zu meistern. Ed. Meyer hat es sich angelegen sein lassen, durch eine bessere Zerlegung und Gliederung der einzelnen Abschnitte das Ganze übersichtlicher und handlicher zu gestalten, und trotz verschiedener ganz neuer Capitel den Gesammtumfang des Werkes sogar ein wenig zu verringern.

Die Anatomie, Physiologie und Entwickelungsgeschichte sind klar und präcis geschildert. Sie bringen alles, was zu einer gründlichen Kenntniss der einschlä-

gigen Materie nothwendig ist, ohne sich in Einzelheiten zu verlieren. Nur für die Gegend des Hiatus semilunaris, von der die Neulinge in unserer Kunst erfahrungsgemäss nur schwer eine Vorstellung gewinnen können, würde mir eine noch eingehendere Beschreibung, unterstützt durch eine halbschematische Zeichnung, wünschenswerth erscheinen. Von den diesen Abschnitten beigegebenen Abbildungen sind die meisten ganz vortrefflich und sehr instructiv, einzelne von ihnen aber, und auch manche von den späteren Illustrationen, so das mikroskopische Bild der Tonsille, die Rachenwand nach Luschka und ebenso die farbigen Abbildungen, welche gewisse Krankheitszustände illustriren sollen, und die Röntgenbilder lassen doch mancherlei zu wünschen übrig. Es liegt das sicher nicht an den gewählten Präparaten, sondern an einem mangelhaften Reproductionsverfahren.

Die allgemeine Symptomatologie, ebenso die Abschnitte, welche die jüngsten Errungenschaften unserer Disciplin behandeln: die Radiographie, die Bronchoskopie, später die Besprechung der ophthalmo- und cutanen Tuberculinproben, der Opsonin-Lehre, der Serodiagnose bei der Syphilis sind neu und vortrefflich gelungen. Es ist wohl zu verstehen und dankbar zu begrüssen, dass gerade jetzt, wo viele von diesen Fragen noch in Fluss sind, der Herausgeber ihrer Besprechung etwas mehr Platz gewährt hat, als ihnen sonst in einem Special-Lehrbuch zukommen würde. Es kann aber für den Leser nur angenehm sein, über all' diese Controversen ein aus so reicher Erfahrung abstrahirtes und mit wohlthuender Objectivität begründetes Urtheil zu vernehmen, das jede neue Methode und jede neue Theorie an den ihr gebührenden Platz verweist.

Bei der Besprechung der Pachydermie habe ich einige Einwürfe zu machen. Ich weiss nicht recht, was der Herausgeber unter „stets typischer Anordnung der Epithelzapfen" versteht. Die Zapfen laufen bei der Pachydermie ganz kraus und unregelmässig durcheinander, genau so unregelmässig wie beim Carcinom. Der einzige Unterschied, den wir bis jetzt zwischen den histologischen Bildern des Carcinoms und denen der Pachydermie nachweisen können, besteht, abgesehen von den karyokinetischen Figuren der Kerne, darin, dass die Epithelzapfen bei der Pachydermie im Gegensatz zum Carcinom immer mit dem Oberflächenepithel zusammenhängen, das kann man aber doch nicht als „typisch" bezeichnen. Dass die Dellen in den schalenförmigen Wülsten am Processus vocalis immer durch den Druck von der gegenüberliegenden Seite veranlasst werden, muss ich bestreiten, da ich eine typische tiefe Delle an einem Stimmband beschrieben und demonstrirt habe, die so hoch über dem anderen Stimmband lag, dass dieses beim Glottisschluss gar nicht bis an das kranke Stimmband heranreichte. Hier kann also von einem Druck der anderen Seite keine Rede sein.

Bei der Besprechung der Angina rheumatica würde es zweifellos interessiren, zu erfahren, wie sich der Herausgeber den Zusammenhang zwischen der Angina und der rheumatischen Erkrankung vorstellt. Bei der Therapie der Angina empfiehlt er die innerliche Verabreichung einer 2proc. Kalichloricumlösung. Referent ist hiervon ganz zurückgekommen, nachdem er einen Collegen durch ungeschicktes Gurgeln mit einer selbstverordneten Lösung elendiglich an einer Kalichloricumvergiftung hat zu Grunde gehen sehen, und an die specifische Wirkung dieses Medicamentes bei anginösem Processe glaubt wohl heut ohnehin kaum noch

ein Arzt. Bei der Therapie der adenoiden Vegetationen vermisse ich einen Hinweis auf die Bedeutung der Athemgymnastik und die Correctur des Gaumens.

Die Nebenhöhlenerkrankungen sind sehr eingehend und den modernen Anschauungen gemäss dargestellt, hier wie bei der musterhaften Darstellung der tuberculösen Erkrankung der oberen Luftwege berührt die kritische Zurückhaltung des Verfassers, die den chirurgischen Uebereifer einzelner Operationsfanatiker auf das rechte Maass zurückführt, überaus wohlthuend. Bezüglich der Localbehandlung der Lues steht Referent auf einem anderen Standpunkt als der Herausgeber; bei ganz leichten Fällen, bei denen die Gefahr von Verwachsungen oder tiefgreifenden Zerstörungen ausgeschlossen ist, genügt ja gewiss die Allgemeinbehandlung. Bei allen tieferen Ulcerationen aber und bei drohenden Perforationen des Gaumens, der Nasenscheidewand etc. habe ich stets neben der Allgemeinbehandlung die von mir in die Syphilistherapie eingeführten Chromsäure-Aetzungen vorgenommen, um durch eine möglichst beschleunigte Heilung Verwachsungen und bleibende Durchlöcherungen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Bei der Besprechung der selteneren Kehlkopferkrankungen, wie sie bei Pemphigus, Malleus, Sklerom, Leukämie u. s. w. beobachtet werden, kommt dem Herausgeber seine grosse Erfahrung aufs beste zu statten. Wie er sich das Verhältniss des Erysipels zu der acuten infectiösen Phlegmone vorstellt, ist mir aus seiner Darstellung nicht ganz klar geworden. Er scheint mir durch meine Arbeiten, durch welche ich die Zusammengehörigkeit dieser Affectionen nachzuweisen versuchte, nicht ganz überzeugt worden zu sein. Die schwierigen Capitel über die gutartigen und bösartigen Neubildungen, über die Nervenlehre des Kehlkopfes und die Reflexneurosen sind ausserordentlich klar und übersichtlich; sie legen von dem grossen Fleiss des Herausgebers, der die Riesenliteratur über diese Fragen mit grossem Eifer durchgearbeitet hat, ebenso wie von seiner eigenen reichen Erfahrung beredtes Zeugniss ab.

Von den Lehrbüchern der medicinischen Literatur, selbst von den allerbesten, welche die dankbare Anerkennung der Berufsgenossen als „klassisch“ bezeichnet hat, ist nur sehr wenigen die Bearbeitung durch einen neuen Herausgeber gut bekommen. Die meisten haben, auch wenn die technisch-äusseren Vorzüge, Vollständigkeit, Uebersichtlichkeit, Klarheit der Sprache u. s. w., bei ihrer Modernisirung erhalten geblieben sind, doch an dem Punkte, der das Wesentliche bei jeder wissenschaftlichen und künstlerischen Bethätigung bildet, mehr oder weniger Einbusse gelitten: es war nicht mehr die Individualität des Autors allein, welche den Stoff belebte, ihm Form und Inhalt gab. So entsprachen derartige Lehrbücher nach ihrer Bearbeitung zwar oft mehr als vorher den Bedürfnissen des Tages, das aber, was über das Bedürfniss des Tages hinausging, was sub specie aeternitatis ihnen Werth und Bedeutung verliehen hatte, war unwiederbringlich dahin. Der neuen Bearbeitung des alten, in seiner Art prächtigen Moritz Schmidt'schen Lehrbuches durch Edmund Meyer glaube ich eine bessere Prognose stellen zu dürfen: Mit Pietät hat der neue Herausgeber vermieden, den Eigenton seines Vorgängers zu stören, ein freundliches Geschick, das einige neue Capitel nothwendig machte, hat es ihm aber gleichzeitig ermöglicht, in diesen

seine Eigenart, sein persönliches Verhältniss zu unserer Kunst und Wissenschaft wiederzuspiegeln, und tactvoll sind die beiderseitigen Anschauungen nebeneinander gestellt, ohne dass die eine die andere erdrückt.

So darf man sich dankbar der Arbeit Edmund Meyer's freuen; sie hat einem Werke, das uns allen lieb und werth ist und das ohne ihn bald nicht mehr als eine Reliquie gewesen wäre, neues und frisches Leben eingeflösst.

A. Kuttner (Berlin).

---

b) Jahres-Versammlung der belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft

vom 12., 13. und 14. Juni 1909 in Brüssel.

Vorsitzender: E. Buys (Brüssel).

Am Sonntag, den 12. Juni, Nachmittags 5 Uhr, fanden sich die einheimischen Mitglieder im St. Johanneshospital ein, um zunächst die administrativen Angelegenheiten der Gesellschaft zu erledigen, hauptsächlich auch im Hinblick auf die nächstjährige Versammlung, welche gelegentlich der Brüsseler Weltausstellung von 1910 eine grössere Theilnahme ausländischer Fachgenossen erwarten lässt.

Um 6 Uhr officielle Eröffnung der fachlichen Sitzungen mit einer Ansprache des Vorsitzenden, welcher nach der üblichen Begrüssung der Gäste einen interessanten Ueberblick über die neueren Errungenschaften auf dem oto-rhino-laryngologischen Gebiete giebt und sehr treffend die heutige Tendenz der Oto-Laryngologen kennzeichnet.

Nach Erneuerung des Büreaus und der Wahl des Präsidenten für das kommende Jahr, sowie der Aufnahme neuer Mitglieder und der Aufstellung der Berichterstatter für die nächste Jahresversammlung geht man über zur

I. Demonstration anatomischer und anatomo-pathologischer Präparate.

Delie (Ypres) legt ein Präparat und mikroskopische Schnitte von einem angiomatösen Fibromyxom der mittleren Muschel und des mittleren und oberen Nasenganges vor. Dasselbe stammt von einem 60jährigen Mann her und repräsentirt einen ziemlich voluminösen Tumor, der abundante Blutungen veranlasst hatte. D. machte dem blutlosen Kranken zunächst Injectionen von physiologischem und Thierserum; darauf nahm er die Entfernung des Tumors mit Einschluss der inneren Wand des Sinus maxillaris oberhalb der unteren Muschel vor, nachdem er zuvor in den Tumor eine Lösung von warmem aseptischen und Sauerstoffhyperoxydwasser $\overline{aa}$ mit 2 Tropfen einer Adrenalinlösung von 1 : 1000 pro ccm instillirt hatte. Heilung nach 5 Tagen.

Van den Wildenberg (Antwerpen) zeigt den Kehlkopf eines 18monatigen Kindes vor, dem der Autor ohne Anästhesie diffuse Kehlkopfpapillome in zahlreichen Sitzungen entfernt hatte; nach 2 Monaten Tracheotomie wegen Recidivs, das verschiedenen Exstirpationsversuchen widerstand; Tod 8 Monate später aus einer anderweitigen Ursache. Dem Autor gelang es mit der directen Methode noch

zwei andere Kinder unter 2 Jahren von „sehr" diffusen Kehlkopfpapillomen zu befreien.

Capart jr. (Brüssel): Endotheliom des Gaumensegels. C. zeigt einen kleineigrossen Tumor vor, herrührend von einem 39jährigen Kranken; derselbe betrifft eine für das Gaumensegel typische Mischgeschwulst, die äusserst selten vorkommt; sie war sehr leicht zu entfernen und die von ihr angefertigten Schnitte lassen ein Endotheliom vom Aussehen eines Cylindroms (nach den älteren Autoren) an den degenerirten Theilen erkennen.

Noquet (Lille) findet in dem Fall eine Aehnlichkeit mit dem, welchen er im Jahre 1900 der französischen laryngologischen Gesellschaft vorgelegt hatte: ein olivengrosser Tumor, dem freien Rand des Gaumensegels gestielt aufsitzend, der infolge seiner grossen Beweglichkeit in gewissen Augenblicken den Kehlkopfeingang verlegte. Die Geschwulst wurde nach vorheriger Unterbindung des Stiels mit der Scheere entfernt. Die histologische Untersuchung ergab ein Fibromyxom.

Cheval (Brüssel): Kehlkopfkrebs. Ch. zeigt den Kehlkopf eines 40jährigen Mannes vor mit einem Krebs der inneren Wand des rechten Sinus piriformis. Trotz der geringen Ausdehnung der primitiven Geschwulst waren die Lymphdrüsen der betreffenden Halsseite sehr stark ergriffen, rings um die Carotis, den Pneumogastricus und die Vena jugularis einschliessend. Der Tumor wurde in seiner ganzen Masse entfernt und die Dissection bis an die Schädelbasis verfolgt. Im Verlaufe des Eingriffs wurde der Pneumogastricus zerstört und die Jugularis unterbunden. Der Kranke befindet sich in einem leidlichen Zustand.

II. Demonstration von Instrumenten.

Buys (Brüssel): Apparat für die Massage der Nasenschleimhaut.

Derselbe besteht aus einem biegsamen dünnwandigen Caoutschucröhrchen, das an seinem distalen Ende geschlossen, mit dem anderen auf eine Metallröhre geschoben ist, die gewissermaassen als Handgriff dient. Diese Metallröhre ist mit einer elektrischen Saug- und Druckpumpe durch eine dickwandige Caoutschucröhre verbunden; so geräth, sobald die elektrische Pumpe in Bewegung gesetzt wird, das Caoutschucröhrchen, welches den activen Bestandtheil des Apparates ausmacht, seiner ganzen Länge nach in Trepidation und stellt so einen vorzüglichen Massageapparat für die Nasenschleimhaut dar, der nicht nur sehr gut ertragen wird, sondern auch eine decongestionirende Wirkung ausübt.

B. verwendet denselben seit ca. 2 Jahren bei allen Formen des chronischen Nasenkatarrhs.

Hicquet jr. (Brüssel) zeigt einen Knopflochzangentroicart für die Trepanation des Sinus maxillaris vom unteren Nasengang aus vor; ferner Instrumente für die Enucleation der Mandeln.

Mahu (Paris) legt vor:

1. einen Mundsperrer, Genre Doyen, mit beweglicher Cremaillière, welche denselben ohne Ruck anzulegen und sofort zu entfernen erlaubt;

2. eine Perforationsscheere für die Trepanation des Sinus maxillaris von der Nase aus.

Sonntagssitzung am 13. Juni im St. Johanneshospital.

III. Krankenvorstellung.

Collet (Brüssel): Nasenflügelplastik vermittelst eines dem Septum entnommenen Schleimhautlappens und Bedeckung desselben mit Thiersch'schen Epidermisläppchen.

Broeckaert (Gent): Vorstellung eines Kindes von 15 Monaten mit einer Rhinopharyngocele, die sich ganz allmählich an der linken seitlichen oberen Halsregion entwickelt hatte; die Geschwulst ist von sehr wechselnder Grösse, sehr auffallend und stark gespannt während der Exspiration, bis zur Grösse einer Mandarine; dieselbe ist vollständig schmerzlos, giebt einen hellen Percussionston und lässt sich leicht durch Compression zwischen der Fingerkuppe und der seitlichen Atlasapophyse zum Verschwinden bringen. Das symptomatische Gesammtbild lässt auf einen lufthaltigen Tumor — eine Aërocele — schliessen, die ihren Ausgangspunkt im Nasopharynx nimmt. Bei der Untersuchung des Cavums kann man links die Existenz eines tiefen Divertikels erkennen, das nur eine anormal entwickelte Rosenmüller'sche Grube darstellt. Der Autor betrachtet diese Rhinopharyngocele als eine Missbildung branchialen Ursprungs, und müsse man dem Fortbestehen eines Divertikels am hinteren Ende der 2. Branchialspalte die Bildung dieses äusserst seltenen Falles, der eine Art congenitaler innerer blinder Fistel darstelle, zuschreiben. Der Autor fragt, welches die beste Behandlung in dem vorliegenden Fall wäre.

Goris glaubt, dass die Wandungen der Geschwulst nicht rein epithelialer Natur seien; man müsse seine Exstirpation vornehmen, wenn der Tumor sich in Bezug auf seinen Gang operabel zeige. Im gegentheiligen Falle versuche man durch chemische oder thermische Reize die Verklebung seiner Wände herbeizuführen.

Gaudier (Lille) sieht in der Dünnheit der Wände keine Contraindication. Man habe Lymphangiome mit nicht dickeren Wänden entfernt; die Gefahr beruhe in dem Alter des Kindes und der Dauer der Intervention. Seiner Ansicht nach müsse man die Methode mit Injectionen absolut verwerfen.

Fallas: Doppelseitige Fronto-ethmoido-maxillarsinusitis, geheilt durch die Operation nach der auf der Klinik des St. Johanneshospitals üblichen Methode, welche gestattet, mit einer einzigen von der Mitte der Augenbrauen ausgehenden, den inneren Augenwinkel umschreibenden und der Nasenwangenfurche entlang bis in die Oberlippe herabsteigenden Incision alle Sinus auf der einen Seite zu operiren. Aesthetisches Resultat perfect.

Van den Wildenberg stellt einen Kranken vor, der von recidivirenden Polypen beiderseits mit äusserst hartnäckigem Asthma durch die doppelseitige Radicalcur der Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhlen seit 2 Jahren geheilt ist.

Goris (Brüssel): Bemerkung über einige an bösartigen Tumoren der Nase und des Sinus maxillaris operirte Kranke.

Vorstellung dreier Fälle, wovon der

erste einen Mann mit Rundzellensarkom des Siebbeins betrifft, den G. vor

$4^1/_2$ Jahren mit partieller Kieferresection und Exstirpation des Siebbeins operirt hatte; die Heilung hält an.

Der zweite ist ein Mann, der vor 8 Monaten an einem Sarkom des Pterygoidfortsatzes der Nase und des Gaumens mit totaler Resection des Oberkiefers, Abtragung der rechten Hälfte des Gaumensegels und des seitlichen oberen Theiles des Pharynx operirt wurde; der Gaumen wird nach der Bardenheuer'schen Methode wiederhergestellt vermittelst eines an die Pharynx- und Wangenschleimhaut der anderen Seite angenähten Stirnaugenlidlappens; der Defect wurde mit Thiersch'schen Hautstückchen bedeckt; Heilung anhaltend.

Der dritte Fall ist eine vor 4 Monaten an einem Carcinom der Sinus maxill. operirte Frau; beinahe Totalresection des Oberkiefers; Wiederherstellung des Gaumens vermittelst Lappen aus der Gaumen- und Wangenschleimhaut.

G. betont die Wichtigkeit der Reconstruction des Gaumens nach Abtragung des Oberkiefers.

Hicguet jr. (Brüssel): Spindelzellensarkom des Siebbeins.

Vorstellung eines Mannes von 64 Jahren, mit Vorlegen des Präparates, dessen linke Nasenseite von einem Tumor ausgefüllt war, der sich histologisch als Spindelzellensarkom erwies. Die Operation wurde nach dem Verfahren von Mann ausgeführt: nach Resection des Nasenbeins, des aufsteigenden Kieferastes Entfernung des ganzen Siebbeins mit der Luc'schen Zange und Curette; Trepanation des Sinus sphenoid., der vom Tumor ausgefüllt war; Curettage. Die Orbitalhöhle communicirt durch eine breite Oeffnung mit der Nasenhöhle. Narbe unsichtbar; leichtes Recidiv nach 4 Monaten, das durch Curettage auf endonasalem Wege zur Heilung gebracht wurde,

Fallas (Brüssel): Ein Fall von Tenor mit Bassstimmbändern. Was thun mit dem Schüler des Conservatoriums, der mit Bassstimmbändern unter die hohen Tenöre eingereiht worden, nicht im Stande ist, einen tiefen Ton hervorzubringen?

Discussion:

Poyet (Paris) hatte Gelegenheit, am Conservatorium in Paris häufig junge Leute zu beobachten, die sich als Tenöre vorstellten und in der That auch ein Tenorlied singen konnten; es sind das aber meistens Baritone, deren Larynx mit einer kräftigen Musculatur ausgestattet ist und die dank ihres wirksamen Blasinstruments hohe Töne hervorbringen und das natürliche Si bis zum ut erreichen; allmählich aber ermüdet das Organ und bald muss der junge Mann von der Tenorklasse in die der Baritone übergehen, und dies definitiv.

Jauquet (Brüssel): Vollständige linksseitige Stimmbandparalyse nach zufälliger Section des Pneumogastricus durch einen Fremdkörper, einen weissglühenden Metallsplitter, der vor 3 Jahren, ohne den Sympathicus oder sonst noch ein Organ zu verletzen, im Niveau der Regio carotid. eingedrungen war. Die Paralyse des linken Stimmbandes ist vollständig; Puls 90.

Labarre (Brüssel): Ventricularlaryngocele des Kehlkopfs; der mandarinengrosse Tumor springt wie eine Hernie unter dem Kinn vor, wenn der Kranke eine forcirte Exspirationsbewegung macht; Reduction leicht durch Com-

pression, wobei ein eigenthümliches Geräusch durch die gewaltsame Passage der Luft in dem Larynx entsteht. Laryngoskopisch erkennt man einen ziemlich deutlichen Prolaps des rechten Morgagni'schen Ventrikels, der der Entstehung der Laryngocele nach innen hin entspricht.

Delsaux (Brüssel): Wegen subglottischer Narbenstenose laryngostomirter, über ein Jahr geheilter Kranker.

Derselbe wurde vergangenes Jahr schon als geheilt vorgestellt; er kann seinen Beschäftigungen nachgehen und ohne Athemnoth laufen; ausserdem hat sich die Conversationsstimme wieder hergestellt durch vicariirendes Eintreten des Stimm- und Taschenbandes der anderen Seite.

Beco (Lüttich): Vorstellung von Kranken, die wegen Erstickungsgefahr infolge von Papillomen tracheo-laryngostomirt wurden.

Drei im vorigen Jahre schon vorgestellte Kranke: bei dem ersten folgen Recidiv auf Recidiv, die man vermöge der Stomie verfolgen und bekämpfen kann bei freigehaltener Respiration; von diesem Gesichtspunkt aus bietet die Stomie vor der Canüle, die der Kranke $1^1/_2$ Jahre getragen, grosse Vorzüge.

Die zwei anderen Fälle sind von Recidiv seit 12 resp. 14 Monaten frei geblieben. Bei dem einen ist der Verschluss der Stomie vor 4 Monaten durch Autoplastik vorgenommen worden, der andere erträgt den Verschluss derselben nicht.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Tracheo-Laryngostomie wegen Laryngotracheal-Papillomen und Verengerung. Heilung.

Kind von 8 Jahren mit diffusen Laryngotracheal-Papillomen hatte schon die Thyreotomie überstanden, worauf Recidiv, das die Tracheotomie nöthig machte. Trotz einer Ruhepause von 4 Jahren zeigten die Papillome nicht die geringste Tendenz zur Heilung und verbreiteten sich auf die Trachea. Mit der Laryngotracheostomie wurde nach Totalexstirpation der Papillome die Radicalheilung erzielt. Die Stomie ist seit 2 Monaten durch Autoplastik geschlossen.

Goris (Brüssel): Radicalcur diffuser Kehlkopfpapillome.

G. stellt einen Kranken von 17 Jahren vor, dessen Stimme seit seinem 3. Lebensjahre rauh war. Derselbe hatte verschiedene Eingriffe auf natürlichem Wege überstanden, aber trotzdem blieb seine Stimme rauh.

Im März 1909 nahm G. die Thyrotomie vor, entfernte die Papillome mit der Scheere und kauterisirte die Implantationsbasis galvanokaustisch. Stimme jetzt vollkommen klar. G. ist der Ansicht, dass in analogen Fällen die Thyrotomie der Stomie vorzuziehen sei wegen der rascheren Heilung. Die Stomie möge indicirt sein, wenn die Kehlkopfwandungen mit Papillomen besetzt sind und eine postoperative Stenose zu befürchten ist.

Discussion:

Broeckaert meint, dass die Behandlung der Kehlkopfpapillome seit einiger Zeit eine vollständige Umgestaltung erlitten habe. Zwei neue Methoden drängen sich auf, wenn man zur Radicalcur schreiten will: einmal die Entfernung der Papillome mit der endoskopischen Methode, directes Vorgehen, das leicht und selbst am Kinde sich ausführen lässt; zweitens die Tracheolaryngostomie,

welche den Kehlkopf und die Trachea zu überwachen gestattet und eventuell im Falle von Recidiv einen Eingriff ermöglicht.

B. hat vermöge einer eigens für den Fall construirten Zange Larynxpapillome von der Wurzel aus exstirpirt. In einem anderen Falle, in dem es sich um ein Trachealgranulom bei einem Kinde infolge von Tracheotomie wegen Croup handelte, hatte er sich vorgenommen, die Tracheostomie vorzunehmen, aber die Leichtigkeit, mit welcher er die Neubildung wegnehmen konnte, liess ihn auf sein Vorhaben verzichten. Es genügte dem Autor, in diesem Falle die temporäre Oeffnung der Trachea vorzunehmen.

B. führt schliesslich noch einen Fall an, bei welchem er die Gelegenheit hatte, eine Tracheostomie anzulegen. Es handelte sich um ein 2jähriges Kind mit progressiver schwerer Dyspnoe infolge einer Lymphdrüsenerkrankung des Mediastinums, die eine schwere Compression der Recurrentes und Pneumogastrici bewirkt hatte. Er eröffnete weit die Trachea, nähte die Schleimhaut an die Haut und setzte eine Canüle für 14 Tage ein. Dank einer Jod- und Kräftigungsbehandlung stellte sich die physiologische Athmung wieder her im Verlaufe einiger Monate und die Stomie konnte durch einfache Anfrischung geschlossen werden. Die Trachealmündung hatte, wie Beco vorausgesehen, eine Tendenz zur Verengerung, und um die Dilatation zu erhalten, musste der Autor zu verschiedenen Malen eine Canüle einführen, welche er eine Nacht lang liegen liess.

Van den Wildenberg äussert sich dahin, dass man zu den äusseren Methoden nicht als ultima ratio seine Zuflucht nehmen soll. Ausser den Resultaten, welche er bei Kindern unter 2 Jahren mit der directen Kirstein'schen Laryngoskopie erzielt hat, führt er den Fall von einem jungen 17jährigen Menschen an, der während 4 Monaten auf endolaryngealem Wege an diffusen Kehlkopfspapillomen behandelt worden war. Als letzte Zuflucht wurde die Laryngofissur vorgeschlagen. Dem Autor gelang es, diesen Patienten in 10 Sitzungen vollständig zu heilen und in aller Geduld die Papillome ganz zu entfernen. Den Extrationen liess er Cauterisationen mit reiner Milchsäure folgen und verabreichte Liq. Fowleri.

Beco findet den Goris'schen Fall sehr anerkennenswerth, aber man soll sich nicht durch ein isolirtes Factum beeinflussen lassen, denn keine Affection biete so verschiedenartige Charaktere, wie die „Papillose“ des Kehlkopfs, die jedem Patienten seine eigene Symptomatologie verleihe. Der Autor erinnert an die voriges Jahr von ihm aufgestellten Conclusionen: „Man muss die Stomie als letztes Hülfsmittel betrachten, wenn die Papillome immer wieder nach den Eingriffen auf natürlichem Wege oder nach einfachen Thyrotomien recidiviren. Trotzdem giebt es Fälle, bei denen die Tumoren derartig zahlreich, derartig dichtgedrängt und derartig verbreitet sind, dass man einen Misserfolg mit der endoskopischen Methode vorhersehen kann. Die einfache Thyrotomie ist in diesen Fällen nicht sicherer, weil gewisse Partien der Neubildungen der Curettage entgehen können. Das sind Fälle, welche gewöhnlich recidiviren und die Laryngostomie rechtfertigen.“

Trétrôp kennt den Kranken von Goris, welchem Broeckaert und er selbst auf natürlichem Wege mit momentan gutem Erfolge Papillome entfernt hatten. Er verzichtete auf Grund der Nothwendigkeit des Patienten, sein tägliches Brot zu verdienen, auf die Laryngostomie, die eine lange Nachbehandlung er-

heischt. Er gratulirt Goris zu dem ausgezeichneten Resultat, das er so schnell erreicht.

Goris denkt, dass es schwer sei, wenn man auf natürlichem Wege eingreife, dafür zu garantiren, dass die Papillome nicht wiederkommen, weil ihre Basis bestehen bleibe. Er ist Anhänger der Laryngofissur in den freilich wenig zahlreichen Fällen von diffusen Papillomen und reservirt die Stomie für die Fälle von diffusen Papillomen, die die ganze Schleimhaut bedecken; dieselbe schützt gegen das Recidiv und gegen die Verengerung.

Gaudier ist der Ansicht, dass die Indicationen zu Operationen bei den Fällen von Larynxpapillomen sich folgendermaassen stellen lassen:

bei isolirten Fällen Intervention auf natürlichem Wege;

bei Papillomen des Larynx und der Trachea Laryngofissur; endlich

bei den wuchernden Formen der Schleimhaut die Laryngostomie, die allein die consecutive Stenose zu bekämpfen gestatte.

Payet sen. will nicht unterlassen, auf die Fälle diffuser Papillome hinzuweisen, welche, auf natürlichem Wege operirt, mehrere Jahre lang recidiviren. Er hat viele derartige Fälle gesehen, welche, ein-, zwei-, zehnmal operirt, eines schönen Tages nicht recidivirten, und zwar ohne irgend welchen annehmbaren Grund.

Bayer hat das spontane Ausstossen von Larynxpapillomen bei zwei Personen beobachtet, welche vollständig davon befreit wurden.

Helsmoortel rühmt die Broeckaert'sche Zange, die er mit Erfolg in solchen Fällen von Papillomen angewendet hat.

Capart jr. betont die Wichtigkeit, den Ausdruck „diffuses Papillom" nur für Tumoren zu gebrauchen, mit welchen wir es hier zu thun haben. Virchow hat sie in der That mit dem Namen Pachydermie des Kehlkopfs bezeichnet; es bedürfte aber wichtiger Gründe, die durch den langen Gebrauch sanctionirte Nomenclatur zu ändern.

Delsaux (Brüssel): Adamantinom des Unterkiefers operativ geheilt.

34jährige Kranke, die seit 10 Jahren mit einem Tumor des linken Unterkiefers behaftet ist — ohne Schmerzen. Entwickelung langsam. Als D. die Kranke zum ersten Male sah, war der Tumor faustgross; die Halslymphdrüsten frei; mehrere histologische Untersuchungen der Geschwulst ergaben die Diagnose „Epitheliom" oder „atypisches Epitheliom". Schliesslich wurde die mikroskopische Diagnose von Steinhaus gestellt. Die Operation bot nichts Ungewöhnliches dar; Patientin bleibt geheilt und wird es auch bleiben: Die Deformation der Wange wird durch eine Prothese und Paraffininjectionen in die Wange ausgeglichen werden.

Broeckaert (Gent): Demonstration eines neuen automatisch verschiebbaren Oesophagoskops an einem Kranken.

Dieser Apparat hat vor dem Brüning'schen den Vortheil, einfacher und dadurch wohlfeiler zu sein. Das Einstellen der inneren Röhre, welche gestattet, das

Oesophagoskop nach Wunsch zu verlängern, geschieht durch automatisches Verschieben ohne Ruck mittelst einfacher Rotationsbewegung einer Schraube, welche aussen am Universalhandgriff, der zugleich als Elektroskop dient, angebracht ist.

Trétrôp (Antwerpen): Halsphlegmonen bucco-pharyngealen Ursprungs, operativ geheilt.

Vorstellen von zwei solchen Fällen; der eine kam infolge einer Entzündung des Nasopharynx nach Influenza zu Stande; der andere infolge eines leichten Traumas der Mund-Rachenschleimhaut durch einen Pflanzenstiel. In beiden Fällen enthielt der Eiter Streptokokken. Bei dem ersten Kranken wurde die Chloroformnarkose angewandt; bei dem zweiten die gemischte Narkose von Chloräthyl mit Chloroform. Heilung ohne sichtbare Narbe in $1^1/_2$ bis 2 Monaten.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Drei Fälle von Thyroidectomie.

Der Autor präsentirt:

1. eine Frau, die an einem enormen parenchymatösen, die Trachea ringsum einschliessenden und das Kaliber desselben bedeutend beschränkenden Kropf litt. Symptome von Basedow: Tachycardie mit 120 Pulsen, Herzklopfen, nervösen Symptomen: Thyroidectomie ohne Localanästhesie; vollkommene Heilung.

2. 11jähriges Kind, vor einem Jahr an einem primären exophthalmischen Kropf, einer im Kindesalter sehr seltenen Affection erkrankt. Die Krankheit nahm einen ganz acuten Verlauf mit alarmirenden Symptomen (180 Pulse pro Minute) etc., und da alle übrigen Behandlungen im Stiche liessen, so wurde die Thyroidectomie ohne Chloroformnarkose vorgenommen. Rapides Verschwinden aller Symptome.

3. Kranke mit einem primären exophthalmischen Kropf leidet an einem voluminösen, tief hinter dem Sternum herabsteigenden Kropf seit $1^1/_2$ Jahren. Thyroidectomie unter Localanästhesie: Sofortige Heilung der Dyspnoe und fortschreitendes Verschwinden der anderen Symptome.

Der Autor ist für die Thyroidectomie bei exophthalmischem Kropf; diese müsse sofort vorgenommen werden, wenn zu gleicher Zeit Trachealstenose besteht, und secundär in den anderen Fällen, wo die medicinische Behandlung fehlgeschlagen.

Nachmittagssitzung im St. Johanneshospital.

Hicguet (Brüssel): Indicationen zur chirurgischen Intervention an der Nasenscheidewand. Wahl des Verfahrens.

Wenn die Deviation auch an und für sich keinen Nachtheil bietet, so kann sie doch nervöse, Lungen-, Gefäss- und nasale Störungen bedingen, die zu Gunsten einer Intervention sprechen. Mehrere Möglichkeiten können eintreten:

1. Deviation mit Rhinitis: Man operirt zuerst die Deviation, denn die Rhinitis verschwindet gewöhnlich dann ohne weitere Behandlung.

2. Deviation und Schleimpolypen: Man entfernt zuerst die Polypen und geht dann an die Deviation heran.

3. Deviation und Sinusitis: Immer zuerst die Sinusitis operiren. Der Weg von aussen ist am sichersten.

Für die Scheidewandvorsprünge empfiehlt H. das Moure'sche Septotom. Die Scheidewandkämme entfernt er vorher mit Meissel und Säge nach vorheriger Abhebung der Schleimhaut.

Was endlich die Deviationen anbelangt, so lässt der Autor keine andere Methode zu, als die submucöse Resection, welche allein ein vollkommenes Resultat mit Schonung der Schleimhaut liefere.

Discussion:

Van den Wildenberg sieht den grossen Vortheil der submucösen Resection in der raschen Heilung, besonders wenn man darauf bedacht ist, die Naht der Incision nach Entfernung des Knorpels vorzunehmen.

Delsaux: Eitrige Meningitis nasalen Ursprungs.

24jähriger Mann, 4 Monate vor seiner Aufnahme auf der otolaryngologischen Abtheilung des St. Johanneshospitals an rechtsseitiger Frontalsinusitis operirt; derselbe sonderte immer noch Eiter aus der Nase ab und trug am inneren rechten Augenwinkel eine Fistel. Eingriff rechts, nachdem die Diagnose rechtsseitige Polysinusitis und linksseitige Frontoethmoidalsinusitis durch die Rhinoskopie, Translumination und Explorationspunction bestätigt hatte. Einige Tage nach der Operation tritt eine Anschwellung an der linken Stirngegend auf, die nicht zum Verschwinden zu bringen ist. Temp. über 38°. Vornahme der Frontoethmoidalcurettage links; kein Abfall der Temperatur; es treten im Gegentheil Zeichen von rechtsseitigem Gehirnabscess, des Temporallappens auf. Vornahme eines dritten Eingriffs, diesmal am Gehirn, der zur Entdeckung eines intraduralen Eiterherdes führte. Eröffnung und Drainage desselben. Während einiger Zeit konnte man auf eine Heilung hoffen, allein die Affection verbreitete sich auf die Meningen und der Kranke stirbt im Coma. Diagnose durch Autopsie bestätigt.

Van den Wildenberg (Antwerpen): Gehirnabscess nasalen Ursprungs.

23jährige Kranke, welche bei der ersten Untersuchung eine linksseitige Frontoethmoidalsinusitis mit stürmischen Symptomen darbot, rechts dieselbe Affection, aber ohne andere Symptome, als einen eitrigen Ausfluss aus der Nase. Operation auf endonasalem Wege. Recidiv.

Der Autor nahm darauf linkerseits die Sinusectomie und Siebbeinausräumung nach dem Verfahren von Killian vor. 3 Wochen später bedeutende Anschwellung mit Fluctuation in der rechten Orbitalgegend; die Kranke lehnt jede Radicaloperation von dieser Seite aus ab. Eine einfache Incision, die im Niveau des inneren rechten Augenwinkels vorgenommen wurde, bewirkt einen reichlichen Eiterausfluss und die Elimination eines kleinen Sequesters des Os unguis. 14 Tage später erhält Autor die Erlaubniss, einen ausgiebigeren Eingriff vorzunehmen, wobei er auf einen voluminösen Sequester stösst, der die Apophysis cristae Galli und die Lamina cribrosa des Siebbeins umfasst. Im Niveau der Stirn besteht eine sehr ausgedehnte osteomyelitische Zone. Nach weiteren 3 Tagen treten Herderscheinungen des Gehirns im Niveau der linken Roland'schen Zone auf: motorische Aphasie, Lähmung der rechten Hand; Trepanation mit Eröffnung eines



geräumigen Epiduralabscesses. Die Symptome verschlimmern sich mehr und mehr; 12 Stunden später incidirte der Autor einen voluminösen Gehirnabscess. Tod im Coma 3 Tage nachher. Verf. meint, die Osteomyelitis sei von der rechten, nicht operirten Seite ausgegangen, deren Wand der Sitz einer Osteitis war. Die Infection habe dann durch die venösen Breschet'schen Zwischenknochencanäle stattgefunden.

Escat (Toulouse): Das Traguszeichen bei den Neuriten und der Compression des Pneumogastricus.

Der Autor bezeichnet mit diesem Ausdruck das Gefühl von Stechen und Kitzeln im Halse mit nachfolgendem trockenen, keuchhustenartigen Hustenanfall, hervorgerufen durch einen sehr schwachen Druck auf den Tragus eines der Ohren; dieser Druck hat zur Folge, dass sich der Auricularast des Pneumogastricus leicht zerrt. Bei Abwesenheit jeder Localläsion des äusseren Gehörganges oder jeder brutalen Ohruntersuchung, wie z. B. einer Ohrinjection unter starkem Druck, erlaubt die Feststellung dieses Zeichens eine Reizung des Stammes des X. Gehirnnervenpaares oder seiner sensitiven Aeste anzunehmen. Escat hat es beobachtet

1. bei den Compressionen des Pneumospinalis, die schon durch das Avellis'sche Syndrom und die Tachycardie sich zu erkennen gegeben haben;
2. bei Individuen mit postgrippaler ramusculärer Neuritis des X. Paares;
3. bei Pleuritisreconvalescenten;
4. bei 2 Fällen von Keuchhusten.

Es wurde hingegen nie constatirt bei isolirter Recurrenscompression.

Deshalb meint der Autor, dass dieses Zeichen die speciell „recurrential" benannte Larynxhemiplegie von der Larynxhemiplegie infolge einer Läsion des Pneumospinalis zu differenziren gestatte.

Delie (Ypres): Pseudomembranöse Streptokokkenamygdalitis und Appendicitis.

Junges Mädchen von 25 Jahren bekam eine acute Entzündung beider Mandeln mit weissem Belag; die Cultur erwies Streptokokkennatur. Am 3. Tage trat eine wohl charakterisirte Appendicitis auf, welche ohne Eiterung verlief und nach 3 Monaten verschwand. Handelte es sich hier nicht um zwei Manifestationen derselben Mikroben an zwei Organen von analoger Struktur?

Lecocq (Wasmes): Application der Formalisationsmethode bei einem Fall von bösartiger Geschwulst des Mundes.

17jähriges junges Mädchen mit einem ulcerirten wuchernden Tumor von grauer Farbe am linken Unterkieferwinkel im Hintergrunde des Mundes. Schlechter Allgemeinzustand; keine hereditären Antecedentien. Der Tumor nahm in einigen Tagen eine sehr grosse Ausbreitung an, die den Autor bestimmte, einen Eingriff vorzunehmen.

Incision der linken Wange, von der Lippencommissur angefangen bis in die Reg. parotidea. Man erkennt, dass die Geschwulst sich in die Reg. pterygoidea erstreckt. Mit Scheere und Zange wird alles entfernt, was man kann, worauf man eine Cauterisation mit purem Formol folgen lässt, mit Application eines intra-

buccalen Compressionsverbandes. Naht der äusseren Wunde mit Metallagraffen. Der Autor setzte die Verbände mit verdünntem Formol täglich fort und machte noch wöchentlich eine oder zwei Betupfungen mit purer Lösung. Dadurch und indem er noch vom Munde aus die nachschiessenden Wucherungen der Geschwulst entfernte, konnte Autor eine Verlängerung des Lebens von nahezu drei Monaten erzielen.

Lecocq schreibt dem Formol eine active Rolle bei bösartigen Neoplasmen zu. Er hat davon mehrere Besserungen, aber keine Heilung gesehen.

Discussion:

Goris glaubt, dass man eine vollständige Exstirpation hätte vornehmen können. Was die neuen Methoden, Formol, Radium etc., anbelangt, so müsse man sie nur mit grosser Vorsicht aufnehmen. Schreiben wir, sagt der Autor, dem neuen Verfahren keinen curativen Werth zu, der bis jetzt nur der frühzeitigen blutigen Operation zukommt.

Capart jr. fragt nach der klinischen Diagnose der Geschwulst.

Lecocq antwortet, dass zwei mikroskopische Diagnosen gemacht wurden: die eine lautet: „Gewebe von entzündlicher Reaction", die andere „Fibrosarkom". Er denkt, dass man diesen Fall dem Fusosarkom, welches Delsaux voriges Jahr vorgestellt, an die Seite stellen könnte.

Cheval behält sich seine Reserven vor bezüglich der Radiumbehandlung, die unanfechtbare Resultate liefere.

Delsaux ist sehr erfreut darüber, dass die Lecocq'sche Mittheilung eine interessante Discussion veranlasst habe, welche mehr oder weniger zu einer Präcision der nicht operativen Behandlungsweise von Tumoren bösartiger Natur Veranlassung gegeben habe. — Er antwortet Goris, dass die ausgedehnte Operation in dem Falle Lecocq's nicht ausgeübt wurde, weil die Kranke nicht mehr radical operabel war.

Bichaton (Reims) betont die unzweifelhafte Wirkung des Radiums bei gewissen Tumoren: Naevi, Xanthomen etc.

Jacques (Nancy) hat eine Communication über die Pathologie und Behandlung der Angina Ludovici abgeliefert, über die noch anderweit berichtet wird.

Trétrôp (Antwerpen): Ueber das Mobilmachen und die Expulsion gewisser Oesophagusfremdkörper durch die locale progressive Anästhesie.

T. unterscheidet zwei Kategorien von Oesophagusfremdkörpern: diejenigen, deren Expulsion durch die natürlichen Wege unmöglich oder gefährlich ist, und diejenigen, bei welchen sie möglich ist, die aber, ungeschickt angegriffen, Spasmus veranlassen mit darauf folgender Einkeilung. Für diese letzteren bewirkt die progressive Localanästhesie häufig das Mobilwerden und die normale Weiterbeförderung nach unten, ohne dass man auf die Oesophagoskopie zu recurriren habe. Der Autor citirt 3 derartige natürliche Fälle.

De Stella (Gent): Die Seroanaphylaxie und ihre Behandlung.

Die auf diphtheritische Seruminjectionen folgenden Zufälle sind theils banale und häufig vorkommende, wie schmerzhafte Arthritis, Urticaria etc., theils ernster Natur, ja sogar tödtlich, was zum Glück sehr selten ist. Der Autor studirte die Pathogenese dieser Zufälle, welche die Serumkrankheit, oder anders ausgedrückt, die „Seroanaphylaxie“ ausmachen.

Die Klinik lehrt, dass diese Zufälle hauptsächlich nach einer zweiten oder dritten Injection auftreten, und viel seltener nach einer einzigen und massiven. Das beweist, dass die erste Injection den Kranken für eine neue Injection hypersensibel gemacht hat. Die am anaphylactisirten Thiere beobachteten Zufälle sind den klinisch beobachteten analog: Herabsetzung des arteriellen Blutdrucks, Dyspnoe und Collaps. Man weiss ferner, dass das Thier (Meerschweinchen, Hund) durch eine Pferdeseruminjection sensibilisirt werden kann, derart, dass eine zweite Injection mit demselben Serum, die im Zwischenraum von einigen Tagen vorgenommen wurde, das Thier mit einer Dosis tödtet, welche bei dem nicht sensibilisirten Thier ganz und gar unschädlich geblieben wäre. Die gleichen Resultate erhält man bei dem antidiphtheritischen Serum. Ausserdem theilt das Serum diesem durch eine Pferdeseruminjection sensibilisirten Thiere, wenn es einem jeder Sensibilität baaren Thiere injicirt wird, diesem letzteren die Anaphylaxie dem antidiphtheritischen Serum gegenüber mit.

Behandlung: Vom prophylactischen Standpunkte aus räth der Autor, nur eine einzige, aber massive Seruminjection vorzunehmen. Wenn es zu üblen Zufällen kommt, so bestehen die schlimmsten in dem Sinken des arteriellen Blutdrucks. Diese kann wirksam bekämpft werden durch subcutane Injectionen mit adrenalisirten physiologischem Serum (500 ccm Serum mit Hinzufügung von 1 ccm einer Adrenalinlösung von 1 pM.) oder in dringenden Fällen durch eine intravenöse Injection einer Lösung von 100 ccm physiologischen Serums mit Hinzufügung von 5—10 Tropfen einer Adrenalinlösung von 1 pM.

Goris: Bemerkung bezüglich der Behandlung gewisser Hustenformen.

G. macht auf das Vorhandensein einer hustenerzeugenden Zone im Bereiche des Sternoclaviculargelenks aufmerksam; es befinden sich da der Pneumogastricus, der Phrenicus, der obere Brustfellblindsack und die Mediastinalpleura. Die Eiteransammlung an dieser Stelle ist eine der Ursachen, welche auf diese Gegend einen Reiz ausüben. Der Autor hatte zweimal Gelegenheit, einen beständigen trockenen Husten zu beobachten, welcher durch eine Caries des Sternoclaviculargelenks bedingt war. Die Operation, welche in einer Resection des Clavicularrandes und des Manubriums bestand, brachte die beiden Kranken zur Heilung, ohne dass eine functionelle Behinderung zurückblieb. G. konnte sogar während der Chloroformnarkose constatiren, dass die im Bereiche dieser Gegend ausgeübte Pression diaphragmatische Erschütterungen hervorrief, was zu der Annahme berechtigt, dass man diesen Husten der Reizung des Phrenicus zuschreiben dürfe.

Der Montag, 14. Juni, war der Geselligkeit geweiht, um die sich der Herr Vorsitzende mit seiner Frau Gemahlin ganz besondere Verdienste erwarben.

Bayer.

---

c) Niederländischer Naturwissenschaftlicher und Medicinischer Congress zu Utrecht am 16. und 19. April 1909.

Medicinische Subsection.

I. Beziehungen zwischen Erkrankungen des Sehnerven und der hinteren Nasennebenhöhlen.

H. Snellen jr. (Utrecht). (Referat.)

S. giebt einen historischen Ueberblick über die Frage der von der Nase ausgehenden Entzündungen in der Augenhöhle. Aus der jüngsten Mittheilung von Birch-Hirschfeld geht hervor, dass von 684 Orbitalaffectionen nicht weniger als 409 mal die Ursache in einer der Nasennebenhöhlen lag. Von diesen war der Ausgangspunkt in 31,6 pCt. die Stirnhöhle, 21,7 pCt. die Kieferhöhle, 20,5 pCt. das Siebbein, 6,1 pCt. das Keilbein, 14,7 pCt. mehrere Nebenhöhlen, 5,4 pCt. unbestimmt. Die eigene Erfahrung von S. ist eine andere: In 15 Jahren 7 mal die Stirnhöhle, 1 mal das Siebbein, 1 mal die Kieferhöhle. Die Zahl 6,1 pCt. für das Keilbein hält er entschieden für zu niedrig; diese Affectionen bleiben wohl oft unbekannt, namentlich in Fällen von Erkrankung des Sehnerven. Dieselbe sah er nie infolge von Stirn- oder Kieferhöhlenentzündung auftreten. Dagegen hat er oft eine Keilbeinerkrankung vermuthet, ohne dass dieselbe vom Nasenarzt hätte festgestellt werden können.

December 1906 behandelte er einen Landmann, der mit Kopfschmerzen, Erbrechen und Gesichtsabnahme plötzlich erkrankt war. Rechtes Auge war blind; links Sehschärfe $^{6}/_{60}$ mit temporaler Hemianopsie, Parese des Abducens und des Oculomotorius und Fieber. Bei Rhinoskopia anterior nichts Abnormes, bei der posterior ein wenig Eiter am oberen Choanalrand. Eröffnung der Keilbeinhöhlen (Quix): links viel, rechts wenig Eiter. Der Patient, der vor der Operation schwer krank war, erholte sich allmählich und wurde nach 6 Wochen entlassen. Das rechte Auge war blind; links Sehschärfe $^{6}/_{10}$ (später $^{5}/_{6}$); die Lähmungen verschwunden. Zweifelsohne ist die Entzündung der Keilbeilhöhle auf die beiden Sehnerven übergegangen; sie muss sich auch, innerhalb der Schädelhöhle, bis an die Fissura orbit. sup. ausgedehnt haben.

Seitdem hat S. in jedem verdächtigen Fälle systematisch die hinteren Nebenhöhlen eröffnen lassen. Unter diesen 11 Fällen war noch einer mit intracranieller Ausbreitung der Entzündung und bitemporaler Hemianopsie. Drei Fälle zeigten das Bild der retrobulbären Neuritis optica, drei der Papillitis, dreimal Retinitis haemorrhag. (Thromb. v. centr. retin.); einmal Atrophie der Papille. Aus diesem systematischen Vorgehen erklärt sich die von Birch-Hirschfeld so sehr abweichende Statistik. Neben 7 Fällen von Stirnhöhleneiterung in 15 Jahren fand er in 2 Jahren nicht weniger als 11 mal Erkrankung des Keilbeins.



F. H. Quix (Utrecht): (Referat.)

Q. giebt einen Ueberblick über die anatomischen Verhältnisse und die Diagnostik der Keilbeinhöhle, sowie über die Wege, auf welchen Entzündungen dieser Höhle auf den Opticus übergreifen können. Es ist nicht nothwendig, dass die Nebenhöhlenentzündung eitriger Natur ist; auch die hyperplastische Form kann zur Complication führen. Die auffallend schnelle Erholung der Sehschärfe mit der Eröffnung der Höhle lässt den Schluss zu, dass keine wirkliche Neuritis, sondern nur Functionsstörung durch Stauung oder Toxinwirkung bestand. Verschliessung des Nasenhöhlenostiums kann eine solche Stauung verursachen. Wie auch Snellen betont Q. die Nothwendigkeit des Zusammenwirkens von Nasen- und Augenarzt. Nur in der Minderzahl der von ihm mit Snellen behandelten 11 Fälle wurde bei der Rhinoskopie Eiter gefunden: meistens gab es Schwellung in der Umgebung der mittleren Muschel an der Seite des erkrankten Auges. Auch in der eröffneten Keilbeinhöhle wurde nur in einzelnen Fällen Eiter gefunden; wohl war die Schleimhaut geschwollen. Gerade in diesen Fällen erfolgte oft unter Nasenspülungen völlige Herstellung des Sehvermögens. Ein paarmal wurde in der Höhle Eiter gefunden, der bei der Nasenuntersuchung nicht vermuthet wurde.

Discussion:

Quix fügt dem Referat noch die Mittheilung eines Falles doppelseitiger Erblindung infolge Entzündung der Keilbeinhöhlen bei einem Pferde zu, nach Mittheilung des Thierarztes Thomassen. Es war bei Influenza Naseneiterung aufgetreten. Das blinde Thier wurde getödtet. Kiefer- und Stirnhöhlen zeigten sich gesund; die Keilbeinhöhle dagegen war entzündet und dilatirt, mit Affection beider Sehnerven, welche peripheriewärts atrophirt waren.

Struycken (Breda) betont die Schwierigkeiten der Sphenoideröffnung, welche man ohne genügende Indication nicht vornehmen sollte. In seinen Fällen war das functionelle Resultat durchaus nicht günstig. Er bittet um eine Erklärung der Fälle, wo eine Augencomplication aufgetreten, in dem keine Erkrankung der Keilbeinhöhle, bloss Schwellung in der Gegend der mittleren Muschel zugegen gewesen.

Burger (Amsterdam) theilt vier eigene Fälle mit: 1. ein centrales Skotom bei einer chronischen latenten Kieferhöhleneiterung (Patient des Prof. Straub); 2. centrales Skotom bei einem Patienten des Dr. Bloch (Rotterdam) bei chronischer Kieferhöhlen- und Siebbeinentzündung. Ohne äussere Operation, hauptsächlich mittelst Durchspülungen behandelt, wird hier das Skotom fortwährend kleiner; 3. ein Fall von totaler Erblindung des einen Auges und zunehmender Erblindung des anderen Auges. Hier wurde auf Rath des Prof. Snellen die Keilbeinhöhle eröffnet. Die Gesichtsfeldbeschränkung und Gesichtsabnahme sind dann nicht weiter fortgeschritten. Der Fall ist nicht rein, weil zugleich antiluetische Behandlung; 4. ein ausführlich zu beschreibender Fall von bitemporaler Hemianopsie für Farben und bedeutender Abnahme des Sehvermögens (links $^1/_{60}$, rechts $^1/_6$) mit Schwellungskatarrh der Nase. Nach Eröffnung der Keilbeinhöhle hat sich die Gesichtsschärfe auffallend gebessert (beiderseits auf $^5/_6$).

Quix stimmt Struycken bei, dass die Fälle ohne Eiterung sich noch nicht

befriedigend erklären lassen. Ein paarmal ist es ihm gelungen, ein Stückchen Schleimhaut aus der Keilbeinhöhle zu entfernen. Er fand in demselben Infiltration.

II. Die Indicationen zur Adenotomie bei Kindern.

H. J. L. Struycken (Breda): (Referat.)

S. giebt in Tabellenform einen Ueberblick der Symptomatologie auf Grundlage von 5000 operirten Adenoidfällen. Bei jeder Krankheitserscheinung erwähnt er die statistische Zahl der erhaltenen Erfolge. Obenan steht die Mundathmung (3520 mal mit 2990 Heilungen), dann Ohrschmerzen (2700 mal mit 2100 Heilungen) und Schwerhörigkeit (2670 mal mit 1960 Heilungen) u. s. w., bis an die Torticollis (15 und 12) und Gesichtsfeldeinengung (2 und 2).

J. Haverschmidt (Utrecht): (Referat.)

H. behandelt das Thema vom Standpunkt des Kinderarztes. Er betont die Bedeutung der Tonsillenerkrankung in Fällen, wo locale Beschwerden nicht oder kaum existiren. So spielen die acuten Entzündungen der Pharynxmandel eine grosse Rolle bei den unerklärten Temperaturerhöhungen der frühesten Kindheit. Sie kommen namentlich vor bei Adenoid und verschwinden nach der Adenotomie. Das Drüsenfieber ist in der Mehrzahl der Fälle als eine acute Pharyngitis retronasalis und Amygdalitis pharyngea mit in den Vordergrund tretenden regionären Lymphdrüsenschwellungen erkannt. H. bespricht die chronische Adenoiditis mit langwierigen Temperatursteigerungen, bei der die Adenotomie oft, aber nicht immer Heilung bringt.

Beim Säugling kommt eine deutlich zu palpirende, gelappte Masse im Nasopharynx häufig vor. Oft sind die Störungen gering. Bei vielen von diesen Kindern wird man später wiederholentlich an diese Affection erinnert: Pseudocroup, Ohrenentzündungen, Temperatursteigerung, acute Adenoiditis, Convulsionen, Laryngospasmus.

Das Adenoid ist oft eine Aeusserung einer allgemeinen „lymphatischen Diathese". Dadurch aber wird die Bedeutung der localen Behandlung nicht verringert. Asthmatisch-bronchitische Zustände befallen vorzugsweise Kinder mit Tonsillarhypertrophien. In der Regel gehen die Anfälle mit acuten Entzündungen in den ersten Luftwegen und oft bereits mit Mandelvergrösserung einher. Hier lässt die Mandel- und Adenoidoperation oft im Stich. Eine Anzahl anderer, als Reflexerscheinungen von Adenoid beschriebener Erscheinnngen, wie Enuresis, Asthma, Epilepsie, hartnäckiger Husten, Convulsionen, heilen nur selten nach Adenotomie, wenn diese auch aus anderen Gründen angezeigt und nützlich sein kann.

Die Indicationen der Tonsillen- und Adenoidoperation sind für den Kinderarzt die nämlichen wie für den Halsarzt. Der Kinderarzt wird oft kleine Kranke, welche nie den Verdacht auf Adenoid erweckt haben, zum Halsarzt verweisen und ihnen also den einzigen, lange versäumten Weg zur Heilung von langwierigen Krankheitszuständen zeigen.

Discussion:

Braat (Arnheim) kann sich mit der von Struycken empfohlenen Chloroformnarkose für die Adenotomie nicht einverstanden erklären. Er hält für diese Operation, wie wohl fast alle holländischen Halsärzte, die Narkose für überflüssig,

weil sie neue Gefahren herbeiführt. Auch meint er, dass es nicht erwünscht sei, mit der Adenotomie eine Nasenoperation zu verbinden, welche meistens überflüssig ist und andernfalls später geschehen kann.

Quix schliesst sich dem Vorredner an. Die Narkose ist unnöthig. Nasenoperationen sollen bei jungen Kindern in der Regel unterbleiben. An der Nasenscheidewand soll nicht vor Abschluss des Zahnwechsels operirt werden.

Burger hegt Bedenken gegen die zahlreichen statistischen Zahlen von Struycken, die nur als Schätzungen betrachtet werden können, weil es ja unmöglich ist, sämmtliche operirte Kinder in genügender Weise zu verfolgen.

Zwaardemaker (Utrecht) hält gleichfalls eine Umarbeitung dieser Statistik für nothwendig, weil Krankheitsbilder und einfache Symptome durcheinander geworfen sind.

Struycken giebt zu, dass die Heilungszahlen seiner Statistik nur approximative sind, weil ihm für die Abfassung seines Referates nur ganz wenig Zeit zur Verfügung stand. Früher hat er ohne Narkose operirt, sah aber dabei vielfach Recidive. Dann hat er Bromäthyl, Chloräthyl, Chloroform durchprobirt und ist schliesslich mit dem Chloroform durchaus zufrieden. Das gleichzeitige Operiren einer verengten Nase hält er in vielen Fällen für erwünscht, weil sich dann die Missbildung des Gesichts und des Gaumens weit schneller und sicherer herstellen. Die Scheidewand operirt er nur nach dem Zahnwechsel.

H. Burger.

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Juni 1909.

Hempel stellt einen Patienten mit Naevus vasculosus des Rachens und Kehlkopfes vor. Lebhafte Röthung der linken Rachenseite, fleckweise Injection des linken Tubenwulstes, Röthung des Zungengrundes der linken Seite der oralen Fläche der Epiglottis und des Sinus piriformis.

Scheier zeigt einen Patienten mit Lupus des Kehlkopfes; starke körnighöckrige derbe Geschwulst an Stelle des rechten Taschenbandes.

Sturmann: Zur intranasalen Eröffnung der Kieferhöhle.

Einschneiden im Naseneingang auf die Apertura piriformis, Abheben von Weichtheilen und Periost von der facialen Knochenwand um die Apertur herum, Blosslegen der nasalen Knochenwand, Einschlagen der Apertur mit dem Meissel und Entfernung des abgeschlagenen Stückes und, soweit nöthig, der Knochenwände, alles unter Lokalanästhesie (Cocain. mur. 1,0, Tr. Jod. Acid. carbol. ana 0,3, Glycerin. puriss. 10,0, Aq. dest. ad 100,0 auf 1 ccm Zusatz von gtt 2. Suprarenin). Man erhält so einen ausgezeichneten Ueberblick über die Höhle.

Davidsohn zeigt eine Patientin mit Pulsation der Tonsillen bei Aortenaneurysma und -insufficienz.

Scheier: Die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Rhinologie.

Sch. bespricht — nach Erwähnung seiner früheren einschlägigen Arbeiten —

die Wichtigkeit dieser Methode, die typischen Aufnahmen in den verschiedenen Richtungen und die Technik mit ihren Fehlerquellen. Unter Demonstration zahlreicher Skiagramme behandelt er die Bedeutung der Methode für die Nebenhöhlenempyeme und betont die Vorzüge derselben gegenüber der Durchleuchtung. Auch acute Empyeme geben meist Verschleierungen auf dem Negativ. Bei geheilten chronischen Eiterungen tritt nicht immer Aufhellung ein.

Dann geht er ein auf die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Nebenhöhlentumoren und -fremdkörper, Zahnerkrankungen, für die Physiologie der Stimme und Sprache und die Behandlung des Lupus und Rhinoskleroms.

Peyser: Die Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen.

Wenn sie auch nicht bei jeder Nebenhöhleneiterung nöthig, so ist sie doch ein wichtiges Unterstützungsmittel für die Diagnose. Zu ihrer Verwerthung gehört die Kenntniss der Röntgentechnik und der photographischen Hilfsmittel. Bei Reproductionen laufen leicht Irrthümer unter; das Haupthilfsmittel für die Diagnose ist das Originalnegativ. Neben der Röntgenuntersuchung müssen alle anderen Untersuchungsmethoden angewendet werden.

Jedes acute und chronische Oberkieferhöhlenempyem ist von der Röntgenplatte mühelos abzulesen; geheilte Höhlen können auch noch Schatten geben. Erkrankungen des Siebbeins, besonders des vorderen, geben sich auf der Platte als Schleier zu erkennen; aber eine genauere Localisirung ist kaum möglich.

Es ist nicht immer möglich, die Grössenverhältnisse der Stirnhöhle von dem Röntgenbild abzulesen. Die Keilbeinhöhlenaufnahmen sind am besten seitlich zu machen. (Demonstration einer grossen Reihe von Röntgenbildern.)

Die Discussion wird vertagt.

Gräffner: Larynx und multiple Sklerose.

G. hat 39 Fälle beobachtet und fand in mehr als 50 pCt. der Fälle im Kehlkopfe Veränderungen stabiler und labiler Art. Ueberwiegend und in einer für die Sklerose charakteristischen Weise treten letztere in den Vordergrund; unter ihnen sind Tremor und Ataxie, letztere zumal bei der Abduction, am auffallendsten, jedoch kommen auch Muskelparesen, besonders der Postici und Interni in Betracht.

A. Rosenberg.

IV. Briefkasten.

Sitzung des permanenten Comités für die Internationalen Congresse für Laryngo-Rhinologie.

Budapest, September 1909.

Gelegentlich des XVI. Internationalen Medicinischen Congresses trat auch das permanente Comité für die Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresse zusammen. Dieses Comité wurde, wie erinnerlich, auf einen Beschluss des im vorigen Jahre in Wien abgehaltenen Internationalen Laryngo-Rhinologencongresses gebildet und besteht aus folgenden Mitgliedern: Chiari (Wien), Fränkel (Berlin), Hellat (St. Petersburg), Lefferts (New-York), Massei (Neapel), Moure (Bordeaux) und Semon (London). Semon hatte seinen Rücktritt angezeigt und seine Stelle an Dundas



Grant, derzeitigen Präsidenten der Laryngological Section der Royal Society of Medicine, abgetreten.

Für die abwesenden Herren Fränkel, Hellat und Lefferts traten ein: P. Heymann (Berlin), Lubliner (Warschau) und Gleitsmann (New-York). Der Unterzeichnete wurde als Herausgeber des Internationalen Centralblatts cooptirt und ihm das Amt des Schriftführers des Comités übertragen.

Nachdem, einer Anregung Massei's folgend, der daran erinnerte, dass bereits im Jahre 1870 auf die Initiative des kürzlich verstorbenen Labus in Mailand ein internationaler Laryngologencongress stattgefunden hatte, beschlossen worden war, demgemäss den nächsten Congress als III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress zu bezeichnen, wurde zunächst in Erörterungen über Ort und Zeit des nächsten Congresses eingetreten.

Auf einen Antrag Moure's wurde zunächst beschlossen, um denjenigen, die gleichzeitig Laryngologie und Otologie betreiben, den Besuch beider Fachcongresse zu erleichtern, dass in Zukunft der Internationale Laryngo-Rhinologencongress an demselben Ort wie der Internationale Otologencongress abgehalten werden solle, und zwar entweder einige Tage vor diesem oder im unmittelbaren Anschluss an ihn. Der Durchführung dieses Beschlusses stellten sich jedoch bereits für das nächste Mal grosse Schwierigkeiten entgegen. Da nämlich die Otologen als Ort für ihre nächste internationale Zusammenkunft Boston wählten, es aber mit Recht als ein Wagniss für ein so junges Unternehmen, wie es die Laryngologencongresse sind, betrachtet wurde, einen Ort zu wählen, der wegen der grossen Opfer an Zeit und Geld wohl nur von wenigen Nichtamerikanern besucht werden würde, so musste für das nächste Mal davon Abstand genommen werden, an demselben Ort, wie die Otologen zu tagen. Aus demselben Grunde musste auch vorläufig dankend darauf verzichtet werden, eine seitens der amerikanischen Collegen vorliegende Einladung, den nächsten Congress in den Vereinigten Staaten abzuhalten, anzunehmen. Da zur Zeit, als das Comité tagte, noch keine Entscheidung darüber vorlag, wo der nächste internationale allgemeine Medicinische Congress abgehalten werden würde, die Wahl des Ortes für den Laryngologencongress aber auch von dem Ausfall dieser Entscheidung mit abhängig gemacht werden musste, so konnte ein definitiver Beschluss nicht gefasst werden. Man kam vielmehr dahin überein, dass nach dem Bekanntwerden des für den nächsten allgemeinen Medicinischen Congresses gewählten Ortes der Vorsitzende des Comités mit den Vertretern Deutschlands, Englands und Frankreichs sich bezüglich der Wahl des Ortes für den nächsten Internationalen Laryngo-Rhinologencongress ins Einvernehmen setzen solle.

(Inzwischen ist bekanntlich als Ort für den nächsten Allgemeinen Internationalen Congress London gewählt worden; damit fällt natürlich der im Schoosse des Comités erörterte Gedanke, den nächsten Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress nach London zu verlegen, fort.)

Die Schwierigkeiten bezüglich der Wahl des geeigneten Zeitpunktes für die Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse lösen sich von selbst, seitdem in Budapest zum Beschluss erhoben worden ist, die allgemeinen Internationalen Congresse alle vier Jahre stattfinden zu lassen. Da nämlich auch die Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse in einem vierjährigen Turnus wiederkehren, so ergiebt es sich als das zweckmässigste, wenn sie immer zwei Jahre nach den allgemeinen Congressen stattfinden und so mit diesen alterniren. Der nächste Internationale Laryngo-Rhinologencongress dürfte demnach im Jahre 1911 stattfinden.

Ferner wurden von Seiten des Comités noch folgende Beschlüsse gefasst:

Das permanente Comité bestimmt die Themata für die Referate und die Referenten.

An jedem Tage wird ein Referat auf die Tagesordnung gesetzt, für das zwei Referenten bestimmt sind.

Jeder Referent ist verpflichtet, dem Schriftführer des Comités mindestens drei Monate vor Beginn des Congresses sein Referat zuzusenden, damit

es, in die Congresssprachen übersetzt, den Congressmitgliedern vor Beginn der Verhandlungen gedruckt zugestellt werden kann.

Die Congresssprachen sind Deutsch, Englisch und Französisch. Wünscht ein Referent, der einer anderssprachigen Nation angehört, dass sein Referat auch in seiner Landessprache gedruckt wird, so bleibt es ihm überlassen, die Uebersetzung in die betreffende Sprache auf seine Kosten vornehmen zu lassen.

Das gedruckte Referat darf den Rahmen von 24 Druckseiten (octav) nicht überschreiten.

Die Vorlesung des ganzen gedruckt vorliegenden Referats ist nicht gestattet. Es werden jedoch dem Referenten 20 Minuten Zeit zugestanden, um sein Thema näher zu erläutern. Finder.

Bemerkungen zur Methode des galvanokaustischen Tiefenstiches.

Von L. Grünwald.

Auf der XVI. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen hat Siebenmann seine „Erfahrungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberculose" in einer Form berichtet, die mich zu einigen Richtigstellungen veranlasst:

1. Der erste Hinweis „auf die ausserordentlich günstigen Erfolge der galvanokaustischen Behandlung" erfolgte in meinem 1903 in der Münchener med. Wochenschrift. No. 25, veröffentlichten Aufsatze, in dem zum ersten Male die principielle Wichtigkeit dieses Verfahrens und seiner systematischen Anwendung hervorgehoben wurde. Die Arbeiten von Mermod und Krieg mit ihrer ebenso klaren Betonung der principiellen Bedeutung sind erst 1904 erschienen, übrigens ebenso unabhängig von der meinigen, als selbstverständlich meine, zeitlich erste, von jenen.

2. Woher Siebenmann das Material zu der Behauptung nimmt, ich neige „wieder nach der älteren Methode der Elektrolyse hin", ist mir unerfindlich. Meine kritische Erwähnung derselben auf Seite 37 meiner Monographie als eines „rationellen" Verfahrens, das aber „in den Hintergrund treten muss gegenüber der Galvanokaustik", giebt wohl keine Berechtigung dazu, noch weniger die auf S. 43 angegebenen „speciellen Indicationen für die endolaryngeale Therapie", bei denen die Elektrolyse gar nicht erwähnt wird.

3. Der galvanokaustische Tiefenstich ist ein genau ebenso kaustisches Verfahren, wie das Brennen mit dem Flachbrenner; die Wirkung ist in erster Linie die Vernichtung durch hohe Hitzegrade.

Ich betone dies gegenüber der (von anderer Seite als S.) zusammenphantasirten Erklärung meines Verfahrens als einer Wirkung des elektrischen Stromes.

Wenn man durchaus einen nichtdeutschen Namen für mein Verfahren gebrauchen will, so kann man nur von Ignipunktur, nicht von Galvanopunktur sprechen.

Ich benutze diese Gelegenheit, um etwas ausdrücklich zu sagen, was ich für selbstverständlich für jeden Kenner der Kaustik hielt:

Der „rothe Schein in der Trachea resp. im unteren Kehlkopfinnenraum", der das Durchkommen des Brenners durch ein prominentes Infiltrat verräth, beruht natürlich nicht darauf, dass der Brenner nur rothglühend aufgesetzt worden wäre; denn dann würde er unwirksam im Gewebe erkalten; um im Gewebe noch rothglühend zu bleiben, also zu brennen, durch Hitze zu vernichten, muss er vorher weissglühen. Innerhalb des Gewebes aber bleibt kein Brenner mehr weissglühend, sondern wird, selbst bei unmittelbarer Verkohlung seiner Umgebung durch Abkühlung seitens derselben rothglühend.

Wenn man sich an einzelne, dem Zusammenhange nach vollkommen anders verständliche Ausdrücke u. s. w. hängen will, könnte man ja auch die Siebenmann'sche „Methode" als Aetzung bezeichnen („wir beschränken uns nicht

darauf, nur einzelne Punkte der erkrankten Partie zu sticheln, sondern wir verätzen . . ."), wofür sich S. mit Recht bedanken würde.

Im Uebrigen: Siebenmann's „Methode" unterscheidet sich von meinem Verfahren absolut in nichts Wesentlichem, ausser in der Anwendung eines spiral- oder halbkugelförmigen Brenners. Die Vortheile des viel tiefer dringenden und die Oberfläche besser schonenden Spitzbrenners werden voraussichtlich bald auch von ihm entdeckt werden, denn: „Einen bedeutenden Fortschritt wird uns die Anwendung der Forest'schen Nadeln bringen". In die Tiefe zu dringen, weil dort die Herde häufig sitzen, also „tief bis in die Submucosa eventuell bis auf den Knorpel hinein", entspricht nur den von mir anatomisch begründeten Principien des Tiefenstichs.

4. Die S.'sche Statistik veranlasst mich, neuerdings auf die Werthlosigkeit oft schon in ihren Zahlenangaben anfechtbarer Statistiken in der vorwürfigen Frage hinzuweisen, in der „nur ausführliche, der Kritik Anhalt gebende Krankengeschichten" (Verhandlungen des I. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses, S. 411) am Platze sind. Bei nächster Gelegenheit werde ich in dieser Form auf meine neuerlichen Erfahrungen zurückkommen.

Obige Bemerkungen von Herrn Grünwald werden, soweit als sie eine Antwort verdienen, in einer demnächst erscheinenden grösseren Arbeit meines Schülers, Dr. Bezi aus Warschau, Berücksichtigung finden. F. Siebenmann.

Berichtigung.

In die Briefkastennotiz der vorigen Nummer hat sich ein bedauerlicher Irrthum eingeschlichen. Es wird dort von Butlin als dem „Vorgänger Semon's in der Leitung der Abtheilung für Halskrankheiten am St. Bartholomews-Hospital" gesprochen. Wie allgemein bekannt ist und wie in dem Leitartikel über Semon's Abschiedsfeier (August-Nummer d. J.) von uns auch angegeben wurde, war Semon 15 Jahre lang leitender Arzt des Departements für Halskrankheiten am St. Thomas-Hospital. F.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, November. 1909. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **O. Chiari** (Wien). **I. Internationaler Laryngo-Rhinologencongress, abgehalten vom 21. bis 25. April 1908 in Wien. Schlussrede.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 187. 1908.*

Kurze Vorgeschichte des Congresses und Danksagung an alle, die sich um den Congress verdient gemacht haben. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

2) **A. Rosenberg** (Berlin). **I. Internationaler Laryngo-Rhinologen-Congress. Türck-Czermak-Gedenkfeier. Wien, 21. bis 25. April 1908.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 182. 1908.*

Verf. beschäftigt sich mit der Frage:

„Was hat uns dieser Congress gezeigt und was können wir aus ihm lernen?" „Mit Befriedigung und Genugthuung können wir feststellen, dass die Laryngo-Rhinologen durch ihre Arbeiten von neuem bewiesen haben, dass sie sich jeder specialistischen Einseitigkeit enthalten, immer den Zusammenhang ihres Faches mit der Gesammtmedicin im Auge behalten und die Beziehungen der Erkrankungen der oberen Luftwege zu denen anderer Organe in den Kreis ihres Studiums ziehen."

Auf die Beziehungen zu anderen Specialfächern geht Verf. des Näheren ein.

Der grosse Umfang des Materiales allein, das schon nicht gänzlich aufgearbeitet werden konnte, spricht, abgesehen von anderen Gründen, auf die Verf. weiter eingeht, gegen die Vereinigung der Laryngologie mit der Otologie auf Congressen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

3) **B. Fränkel** (Berlin). **Die Laryngologie und Rhinologie vom allgemein-medicinischen Standpunkte, Unterricht und Prüfung in diesen Fächern in den verschiedenen Staaten.** (Referat, erstattet dem Laryngo-Rhinologencongress in Wien.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 104. 1908.*

Zum Schlusse des Referates betont Verf., dass der Unterricht und die Prüfung des rhino-laryngologischen Faches in den verschiedenen Ländern wenig ein-

heitlich und fast nirgends der Bedeutung entsprechend ist, welche der Laryngologie zuerkannt werden muss. Deutschland sei in dieser Beziehung noch am besten bestellt.

Was das Streben nach Vereinigung von Laryngologie und Otiatrie anbetrifft, so würde dadurch ein Gebiet geschaffen, welches kaum mehr als eine Specialität betrachtet werden könnte. Für die Laryngologie sei dabei die Gefahr vorhanden, dass sie allmählich zu einem Nebenfach der Otiatrie herabsinkt. Der beste Schutz dagegen sei wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Laryngologie.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

4) **O. Chiari** (Wien). **Ist es zweckmässig, die Laryngo-Rhinologie einerseits und die Otologie andererseits an ein- und derselben Klinik zu lehren?** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 357. 1908.*

5) **B. Fränkel** (Berlin). **Laryngologie und Otologie. Keine Vereinigung, sondern Trennung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 364. 1908.*

Beide Aufsätze ergänzen einander. Beide Autoren treten mit gewichtigen Gründen für Trennung von Laryngologie und Otologie ein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

6) **Botey** (Barcelona). **Zwanzig Jahre oto-rhino-laryngologischer Praxis. (Veinte anos de practica oto-rino-laringologica.)** *Archivos de rinologia. No. 138—150. 1909.*

Sehr interessante und reichhaltige Arbeit, die ein Ergebniss der langen practischen Erfahrung des Verf.'s darstellt.

TAPIA.

7) **M. Grossmann** (Wien). **Ueber Dyspnoe und Apnoe.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie. Heft 7. 1909.*

Die einen zusammenfassenden Ueberblick über drei in der Wiener laryngologischen Gesellschaft gehaltene Vorträge enthaltende Arbeit eignet sich nicht zu kurzem Referat und muss im Original nachgelesen werden.

HECHT.

8) **Marage. Die Athmung bei den Sängern. (La respiration chez les chanteurs.)** *Académie des Sciences. 26. April 1909.*

Verf. schliesst: Damit die Athmung eine gute sei, ist es nöthig, dass der Brustkorb sich nach allen Richtungen hin ausdehnt. Die vitale Capacität muss zu dem Alter, der Figur etc. im Verhältniss stehen. Der Lehrer sollte für jeden Gesangsschüler eine Tabelle anlegen, auf der ausser dem Gewicht, dem Thoraxumfang etc. die Athmungscurve verzeichnet sein soll.

GONTIER de la ROCHE.

9) **E. Aron** (Berlin). **Die Prognose der Aorten-Aneurysmen.** *Zeitschrift für Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 773. 1909.*

A. erwähnt einen Fall von Aortenaneurysma, bei dem durch das Röntgenverfahren die Diagnose sehr frühzeitig gestellt und im Verlauf von 12 Jahren dank der consequenten energischen antisyphilitischen Therapie (Jod und Quecksilber) keine Verschlimmerung eingetreten ist.

In jedem unklaren Falle von Recurrenslähmung soll eine Röntgenuntersuchung des Brustkorbes vorgenommen werden.

OPPIKOFER.

10) **Boinet** (Marseille). **Ueber ein neues Symptom des Aortenbogen-Aneurysmas. (Sur un nouveau signe de l'aneurysme de la crosse de l'aorte.)** *Académie de médecine. October 1907.*

Das Symptom besteht in: Traction des Kehlkopfs nach unten und Unbeweglichkeit desselben. Verf. hält es für pathognomonisch für die Aneurysmen des Aortenbogens.

GONTIER de la ROCHE.

11) **George B. Woods. Die Bedeutung der oberen Respirationswege für die Aetiologie cryptogener Infectionen, besonders für die Pleuritis. (The importance of the upper respiratory tract in the etiology of cryptogenic infections, especially in relation to pleuritis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1908.*

Bei einer Reihe von Experimenten mit verschiedenen Bakterien wurden niemals in den Tonsillen Immunkörper gefunden. Verf. nimmt als warscheinlichsten Grund dafür an, dass lösliche Substanzen, wie es die Immunkörper sind, sich nicht in grösserer Menge in den Tonsillen ansammeln können, sondern in den Blutkreislauf übergehen. Wir sind infolge des mangelnden Nachweises von Immunkörpern bisher nicht im Stande, über den Grad der vitalen Resistenz des Tonsillargewebes ein Urtheil abzugeben.

Verf. hat bei 37 Fällen von Lungentuberculose bei der Section nur in 3 Fällen in den Tonsillen keinerlei Zeichen von Tuberculose gefunden. Von den übrigen 34 Fällen wiesen 27 absolut typische tuberculöse Veränderungen in den Tonsillen auf, 2 hatten wahrscheinlich Tonsillartuberculose und die übrigen 3 können nicht verwerthet werden, weil die mikroskopische Untersuchung sich nicht über die ganze Tonsille erstreckte.

Die für viele Fälle als sicher nachgewiesene Entstehung von acuten Infectionen (Nephritis, Endocarditis, Pneumonie, Pleuritis, Appendicitis, Rheumatismus etc.) nach Angina zeigt mit Sicherheit, dass die Mikroorganismen von der Tonsille in das Blut übergehen können. Da aber Mikroorganismen nur in sehr seltenen Ausnahmefällen oder gar nicht durch normale Gefässwände hindurchpassiren können, so geschieht der Uebergang in das Blut auf dem Wege durch die cervicalen Lymphdrüsen und durch den jugularen Lymphstrang. Da die cervicalen Lymphdrüsen eine starke Barrière bilden, so erkranken von den Anginakranken nur wenige an Allgemeininfectionen. Dagegen werden die in den Tonsillen vorhandenen Toxine fast stets vom Blut aufgenommen, daher die oft schweren Allgemeinerscheinungen bei Angina.

Verf. meint nun, dass bei Personen, die an häufigen Attacken von Pleuritis — vielleicht in Zusammenhang mit Lungenaffectionen — gelitten haben, eine Toxinaufnahme von den Tonsillen her, die bei gesunden Personen vielleicht ohne weitere Bedeutung ist, eine directe excitirende Ursache für weitere Pleuritiden abgeben könne. In den selteneren Fällen, wo die Bakterien selbst in das Blut übergehen, können sich jene, wenn die Pleura aus irgend welchem Grunde einen locus minoris resistentiae darstellt, dort ansiedeln und entwickeln. Auch kann bei einer eitrigen Einschmelzung einer Supraclaviculardrüse mit anschliessender Periadenitis die nahe liegende Pleurakuppe per continuitatem inficirt werden. EMIL MAYER.

12) **Hecht** (München). **Demonstrations-Vortrag.** (Gehalten in der laryngo-otologischen Gesellschaft München am 4. November 1907.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 375. 1908.*

Bericht über einige klinisch interessante Fälle und Demonstration zugehöriger Präparate.

1. Chronische Siebbein-Kieferhöhleneiterung mit Alveolarfistel, Radicaloperation nach Denker, versprengter Zahn in der lateralen, orbitalen Bucht der Kieferhöhle.

2. Aus der Kieferhöhle entstammende Schleimhautcyste der linken Nase.

3. Erschwerte Deglutition ohne nachweisbare Ursache (Hysteria virilis?).

4. Demonstration mehrerer Röntgenphotographien der Nase und ihrer Nebenhöhlen behufs differential-diagnostischer Besprechung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

13) **Otto Mayer** (Nürnberg). **Zur Bakteriologie und specifischen Therapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica.** *Münch. med. Wochenschr. No. 18. 1909.*

In einer auf obiges Gebiet sich beziehenden casuistischen Mittheilung empfiehlt M. die Entnahme des Nasenrachensecretes in der Weise, dass er ein 16 cm langes Glasröhrchen von 3 mm Durchmesser, in dessen Inneren sich ein mit Watte armirter Eisendraht befindet, durch den unteren Nasengang bis in den Nasenrachenraum einführt. Sodann wird der Watteträger in dem Röhrchen in die hintere Wand des Nasenrachenraumes vorgeschoben, etwas Secret daselbst abgewischt, der Watteträger wieder in das Röhrchen hineingezogen und mit demselben entfernt. Röhrchen, Watteträger etc. werden vor dem Gebrauch sterilisirt. Diese Methode sichert die Herkunft des Secretes, ist für den Patienten weniger unangenehm, wie bei der Entnahme vom Munde aus und vermeidet eine durch die bei der anderen Methode meist ausgelösten Hustenstösse bestehende Infectionsgefahr für den Arzt.

HECHT.

14) **Oskar Orth** (Ensheim). **Beitrag zur Serumtherapie der Meningitis cerebrospinalis epidemica.** *Mit 2 Fiebercurven. Münch. med. Wochenschr. No. 42. 1908.*

Orth bespricht die verschiedenen Methoden zur Behandlung der Genickstarre und bezeichnet die Serumtherapie im Verein mit der Lumbalpunction als zur Zeit aussichtsreichste Behandlung. Es handle sich jetzt „nicht mehr darum, ob Serum überhaupt zu geben sei, sondern welches Serum, wann und auf welchem Wege dasselbe zu verabfolgen sei“. Die „systematische intradurale Serumtherapie“ verspricht wohl, zumal bei möglichst frühzeitiger Application, die besten Erfolge. Autor berichtet über zwei einschlägige Fälle, die mit Aronson'schem Serum geheilt wurden. Das Serum wurde anfangs nach ausgeführter Lumbalpunction subcutan einverleibt, später mit besserer und prompterer Wirkung intradural.

HECHT.

15) **H. Holbrook Curtis. Anwendung von Culturen von Milchsäurebacillen in der Rhino-Laryngo-Otologie. (Lactic acid bacilli cultures in nose, throat and ear work.)** *N. Y. Medical Record. 11. Juli 1908.*

Verf. will die Milchsäurebacillen z. B. benutzen, um die Eitererreger bei

Nebenhöhlenerkrankungen zu zerstören. Zu diesem Zweck sprayt er 1 ccm der Bouilloncultur in den mittleren Nasengang oder spritzt sie durch einen Metallkatheter in die Kiefer-, Stirn- oder Keilbeinhöhle. Verf. hat eine bisher geringe Zahl von Fällen mit anscheinend günstigem Erfolg und ohne dass Nebenerscheinungen auftraten, behandelt. Er bezeichnet selbst seine Mittheilung als eine vielleicht etwas verfrüht erscheinende. LEFFERTS.

16) **St. v. Stein. Ueber den therapeutischen Werth der Kohlensäuredouchen bei Nasen-, Hals- und Ohrenleiden.** *Arbeiten aus der Universitätsklinik für Ohren-, Hals- und Nasenleiden in Moskau. 3. 1908.*

St. applicirt das CO_2-Gas gewöhnlich unter einem Druck von $^1/_2$ Atmosphäre, das er aus einem flüssige Kohlensäure enthaltenden und mit einem Reductionsventil versehenen Stahlcylinder durch einen dickwandigen Gummischlauch entweichen lässt. Bei angehaltenem Athem wird bis zur nächsten Exspiration das Gas in die Nase geleitet und so fort etwa 1 Minute lang, bis vollständige Anästhesie eingetreten ist. Dann kann es bis zu $^1/_4$ Minute ununterbrochen einströmen. Das cavernöse Gewebe contrahirt sich und bleibt bei acuter und subacuter Rhinitis die Nase oft 24 Stunden frei; zuweilen wurde der Schnupfen coupirt. Die CO_2-Douche entfernt mechanisch den Schleim und stellt den Geruch rasch wieder her. Ihre Wirkung ist noch günstiger nach vorheriger Anästhesirung der Schleimhaut durch Cocain-Adrenalin. Wahrscheinlich dringt das Gas auch in die Nebenhöhlen ein.

Bei katarrhalischer Pharyngitis und Laryngitis schwindet nach Leitung des Gases auf die hintere Rachenwand bald das Gefühl des Prickelns, Brennens und der Husten. Ausserdem verwandte St. unter Druck von 3—4 Atmosphären befindliche Kohlensäure zur „Hochdruckluftmassage“. A. ROSENBERG.

17) **Agostino Borini. Ein neuer Inhalationsapparat. (Di un nuovo apparecchio inalatore.)** *Arch. Ital. di Otologia etc. 1. Mai 1909.*

Kleines, mit der zu inhalirenden Substanz beschicktes Fläschchen, das zwei in die Nasenlöcher einzuführende Glasfortsätze hat. FINDER.

18) **Alessandro Peri** (Sestri Ponente). **Ueber ein neues Inhalationsverfahren. Trocken-Inhalator Koerting. (Di un nuovo metodo di terapia inalatoria. Inalatore a secco Koerting.)** *Arch. Ital di Otologia etc. 1. Juli 1909.*

Verf. theilt die Erfahrungen mit, die er in Sestri Ponente mit dem nach dem Modell des in Kösen in Betrieb befindlichen Koerting'schen Trockeninhalators von der Società anonima Italiana Koerting construirten Apparat gemacht hat. Auf Grund seiner Erfahrungen, die er bei acuten und chronischen Katarrhen der Nase, des Pharynx und der Trachea, bei chronischer Bronchitis, bei den verschiedenartigsten lymphatischen Affectionen der Kinder, aber auch bei Arteriosklerotikern und bei Magen-Darmaffectionen (?) gemacht hat, kommt Verf. zu der Ueberzeugung, dass das Koerting'sche System das vollendetste und wirksamste ist, das es giebt. FINDER.

19) **Botey** (Barcelona). **Ein Besuch im balneotherapeutischen Institut von Mont Dore. (Una visita al establecimiento balneo-terapico de Mont-Dore.)** *Archivos de rinologia. No. 156.*

Verf. schildert die in diesem Institut für die Behandlung von Hals- und Nasenkrankheiten vorhandenen Einrichtungen.

TAPIA.

20) **John Leshure. Die physiologische Wirkung starker Cocain-Adrenalinlösung. (The physiological action of strong Cocaine-Adrenalin solutions.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Februar 1909.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Um einen möglichst hohen Grad von Ischämie und Anästhesie zu erzielen, bei einem Minimum von allgemeiner Resorption der Präparate, ist es nöthig, Lösungen von hoher Dichtigkeit anzuwenden, die nicht leicht in die grossen Gefäss- und Lymphgefässe hineingehen.

Man muss den verdünnenden Einfluss des abgesonderten Secrets berücksichtigen und die mit Cocain-Adrenalinlösung beschickten Wattetampons öfters erneuern.

LEFFERTS.

21) **M. Lermoyez** und **Ch. Aubertin. Die toxischen Wirkungen des Adrenalins bei Anwendung auf der Nasenschleimhaut.** *Annales des maladies de l'oreille. Tome XXXV. No. 9.*

Versuche, die die Autoren an Kaninchen angestellt haben, ergeben, dass bei monatelanger Einführung von Adrenalin in die Nasenhöhle die Thiere an Lungenödem zu Grunde gehen. Bei der Section der Thiere fand sich regelmässig Hypertrophie des Herzmuskels. Es ist daher eine grosse Vorsicht bei Anwendung in der Rhinologie angezeigt: Vorsichtige Pinselungen der Nasenschleimhaut mit der Lösung von $^1/_{5000}$ Adrenalin sind gestattet. Grössere Concentrationen sind selten (Gumma, Rhinolithen) nöthig. Zur Subcutaninjection soll die Dosis von 1 mg nicht überschritten werden, eher sollen nur Dosen von 10—12 Tropfen der bekannten Lösung ($^1/_{100}$) verwendet werden. Angezeigt ist, zum Verstäuben von Adrenalin und Cocain sich an folgende Formel zu halten:

Coc. mur. 0,25
Adrenal. sol. 1 $^0/_{00}$ 5,00
Aq. dest. 20,00.

Nach Cauterisationen und sonstigen Eingriffen in der Nase leistet diese Lösung, in die Nase wiederholt am Tage verstäubt, sehr gute Dienste, indem sie reactionelle Schwellung bekämpft. Hingegen sind die Patienten sehr davor zu warnen, vom Adrenalin einen über Wochen sich hinziehenden Gebrauch zu machen, wie z. B. Patienten mit serösem Schnupfen, nasalem Asthma etc. so leicht versucht sind, es zu thun. Die obengenannten Thierexperimente zeigen, dass die Gefahr einer dauernden Schädigung des Herzens mit Gefahr des acuten Lungenödems besteht.

LAUTMANN.

22) **L. Löwenstein** (Elberfeld). **Eine neue Speicheltasche bei Mund-, Hals- und Nasenoperationen.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1909.*

Die ähnlich den bisherigen Gummibeuteln aus wasserdichtem Papier angefertigte Tasche hat sich dem Autor gut bewährt. Jeder Patient erhält eine frische

Tasche, die sofort nach dem Gebrauch mit dem Inhalt vernichtet wird. Die von der Firma Hermann Möller Fritz Sohn, Elberfeld, Herzogstrasse gelieferte Tasche kostet 12 Pf. das Stück.

HECHT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

23) **A. Peyser** (Berlin). **Die Röntgenuntersuchung der Nasennebenhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 127. 1908.*

Im Grossen und Ganzen sind die Befunde, die in dieser Arbeit wiedergegeben sind, übereinstimmend mit den Befunden Killian's und Albrecht's. „Man wird in dem Röntgenverfahren nicht ein diagnostisches Mittel sehen dürfen, das den Arzt in bequemer Weise der Untersuchung mit den bisherigen mühevollen Methoden überhebt, sondern in ihm neben der Inspection, Sondirung, Durchleuchtung, Abdämmung etc. ein werthvolles Bestätigungsmittel begrüssen, das vielfach im Stande ist, die Probepunktion, Probeausspülung, Fracturirung oder Resection des vorderen Theils der mittleren Muschel entweder überflüssig zu machen oder zu rechtfertigen. In Ausnahmefällen, z. B. Verlegung der Nasenseite durch Septumdeviationen, die eine Beobachtung der Nebenhöhlenmündungen nicht gestatten, ist das Verfahren besonders werthvoll."

Verf. stellt den Grundsatz auf, dass jedes acute oder chronische Empyema antri Highmori von der Röntgenplatte mühelos abzulosen ist, am bequemsten bei einseitiger Affection, die eine Vergleichung gestattet; bei dickem Knochen übertrifft sogar das Röntgenverfahren die Diaphanoskopie, ebenso im Nachweis kleiner Herde in Kieferhöhlen oder Zähnen.

Auch bei Veränderungen im Siebbeinlabyrinth, besonders im vorderen, geringen wie erheblichen, erkannte Verf. Verschleierung. Verf. betont, dass zwar ein deutlich verschleiertes Siebbeinbild den Schluss auf Erkrankung zulässt, nicht aber ein klar gefundenes Siebbeinbild das Fehlen eines kleinsten Herdes beweist.

Verf. bestätigt auch die leichte Erkennung des Stirnhöhlenempyems auf der Röntgenplatte, beweist aber durch genaue Wiedergabe eines Falles, dass es in complicirten Fällen, wo zu erheblichen Veränderungen sich noch Verdickungen des Knochens gesellen, kaum zu ermöglichen sein dürfte, eine annähernd genaue Bestimmung der Grössenverhältnisse der Stirnhöhlen zu geben.

Was die Wiedergabe der Keilbeinhöhle auf der Röntgenplatte betrifft, so schliesst sich Verf. nicht der Meinung Burger's und Kuttner's an, dass es überhaupt nur vereinzelt gelänge, die normalen Conturen einer Keilbeinhöhle zu Gesicht zu bekommen.

Verf. bekommt bei den Aufnahmen des Warzenfortsatzes nach Voss im schrägen Durchmesser fast immer, wenn auch verzeichnet, die Keilbeinhöhle zu Gesicht. Man erhält ganz gute Resultate, wenn man die Platte der Sagittalebene möglichst parallel bringt. Die schräge Aufnahme im sagittalen Durchmesser hat nach Verf. den Vorzug, dass man, während die Seiten sich sonst völlig decken, ein, wenn auch mit Vorsicht zu gebrauchendes Urtheil über eine Seite ganz, über die andere durch die Randparthie gewinnt.

Zahlreiche Abbildungen und Krankengeschichten dienen zur Erläuterung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

24) **Ludwig Löwe** (Berlin). **Zur Chirurgie der Nase.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 7. S. 378. 1908.*

Im Gegensatz zur endonasalen oder, wie sie nicht eben schön genannt wird, zur „Nasenlöcherkleinchirurgie“, zieht der Autor die „grosschirurgische Eröffnung der Nase“ vor, nicht nur bei bösartigen Tumoren, wo ja die radicalste Methode angezeigt ist, sondern auch bei gutartigen Processen; er meint damit einer nöthigen Gründlichkeit und Uebersichtlichkeit beim Operiren genügen zu müssen und stellt damit im Verhältniss zu den Erkrankungen sehr weitgehende Indicationen.

Die Methoden an sich sind technisch gut durchgebildet und übersichtlich.

Zuerst wird zur Freilegung der tieferen Theile der Nase das Herunterklappen des harten Gaumens beschrieben.

Zur Freilegung des Nasendaches entfernt der Autor 1. die faciale, 2. die nasale Kieferhöhlenwand, 3. die untere Muschel, 4. das Zwischenstück zwischen facialer Kieferhöhlenwand und Apertura piriformis, 5. den aufsteigenden Oberkieferfortsatz, nachdem die Gesichtsweichtheile stark nach oben gezogen („decorticirt“) sind.

Der Verf. betrachtet es als Aufgabe des Nasenarztes, den Theil der Gehirnbasis, der über der Nase gelegen ist, operativ zu erschliessen. Dem kann man nur beipflichten.

Er giebt einen Weg an, um Tumoren der Hypophyse zu erreichen.

Nach Freilegung des Nasendaches, wie oben beschrieben, wird ein horizontaler Schnitt durch die Gesichtshaut der Stirngegend von der einen Augenbraue zur anderen gemacht, darauf ein 6 cm langer, senkrecht aufstehender Schnitt gesetzt, der nach Abmeisselung der beiderseitigen vorderen Stirnhöhlentafeln nach unten über den Nasenrücken bis zum Ansatz des Knorpeltheils verlängert und von da seitlich längs der Knorpelknochengrenze verlängert wird. Nach einem Sägeschnitt dicht neben der Mittellinie durch das Nasenbein kann jederseits der Knochenweichtheillappen, der der Seitenwand der Nase entspricht, nach aussen umgeklappt werden: „Thürflügeleröffnung der Nasenhöhle“. Dann wird das Nasenseptum an der oberen und hinteren Kante abgeschnitten, seitlich umgelegt und resecirt. Jetzt liegt die vordere Wand der Keilbeinhöhle zu Tage, deren vordere und obere Wand nur entfernt zu werden braucht, um an die Hypophyse zu gelangen.

Verf. schlägt diesen Weg nur für Neubildungen vor, die nach der Keilbeinhöhle zu gewachsen sind.

ALBANUS (ZARNIKO).

25) **Kuttner** (Berlin). **Ueber Indicationen zur Radicaloperation bei entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 11 1908.*

Der Autor wendet sich gegen eine kritiklose Anwendung der Radicaloperationen der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase: Wo ernste Complicationen nicht vorliegen, genügt erst einmal die endonasale Behandlung, die die Gefahr eines Uebergreifens der Erkrankung auf benachbarte Organe ausschaltet, das Leben des Patienten nicht gefährdet und erfahrungsgemäss bei leichteren Fällen zufriedenstellende Resultate verbürgt.

In der Diskussion über die Vorträge von Löwe und Kuttner (Berliner

klin. Wochenschr., 1909, S. 422 ff.) spricht sich Lublinski (Berlin) im Sinne Kuttner's aus.

Finder (Berlin) theilt mit, dass sich jetzt ein Patient in seiner Behandlung befinde wegen ziemlich grosser Beschwerden (leichte Sattelnase, rechtsseitiges Thränenträufeln, hochgradige Rhinitis atrophicans, Luxation des Septums nach einer Seite, Nasenpolypen), den Löwe vor einem Jahr nach seiner radicalen Methode zur Freilegung des Nasendaches operirt hat (wie Löwe ohne nähere histologische Details angiebt, wegen eines „vom Nasendach seiner ganzen Ausdehnung nach entspri ngenden,derben, mächtigen Tumors, an dessen unterem Ende Polypen sassen").

Fedor Krause (Berlin) hält den von Löwe vorgeschlagenen Weg, zur Hypophyse zu gelangen, für einen der technisch schwierigsten und gefährlichsten Eingriffe wegen der Engigkeit des Terrains und der Gefahr der Nähe des Sinus cavernosus und der Art. carotis interna cerebralis.

Borchardt (Berlin) erkennt die gute anatomische Durchbildung des Löwe-schen Vorschlages an, steht aber im Allgemeinen der Inangriffnahme der Hypophysentumoren skeptisch gegenüber.

ALBANUS (ZARNIKO).

26) **Nager** (Zürich). **Ueber die Mitbetheiligung der Nasennebenhöhlen im Verlauf des Scharlachfiebers.** *Medic. Klinik. 25. 1909.*

Es wird dem Practiker erwünscht sein, auf die Mitbetheiligung der Nasennebenhöhlen im Verlaufe des Scharlachs durch das Uebersichtsreferat von Nager aufmerksam gemacht zu werden und zu vernehmen, in welcher Weise in der Basler Klinik diese wichtige Scharlachcomplication behandelt wird.

SEIFERT.

27) **A. Vagnon. Ueber Pansinusitis. (Les pansinusites périorbitaires.)** *Dissert. Lyon 1908.*

Vorerst finden sich Angaben über die Entwickelung und die Anatomie der Nebenhöhlen. Dann bespricht Verf. die Symptome der Nebenhöhleneiterungen und die durch sie bedingten Complicationen.

OPPIKOFER.

28) **S. W. Voorhes. Rechtsseitigo Pansinusitis; Lähmung des rechten Stimmbandes. (Pansinusitis dextra with paralysis of the right vocal cord.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Es handelt sich um eine Eiterung aller rechtsseitigen Nebenhöhlen, die durch Curettage und Spülung geheilt wurde. Die rechtsseitige Stimmbandlähmung ist nur eine zufällige Begleiterscheinung; ihre Ursache ist nicht aufgeklärt; jedenfalls hat sie nichts mit der Eiterung zu thun.

LEFFERTS.

29) **George S. Dixon. Die anatomischen Beziehungen der Orbita zu den Nasennebenhöhlen. (The anatomical relations of the orbit to the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Eine Darstellung, wie man sie in jedem anatomischen Lehrbuch finden kann.

LEFFERTS.



30) **Onodi** (Budapest). **Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit denen des Auges.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 19 und 20. 1908.*

Referat auf dem 1. internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress in Wien (22. 4. 08). Eine vortreffliche Zusammenfassung der über den Gegenstand gesammelten Erfahrungen, deren Lectüre den Rhinologen und Ophthalmologen gleich nützlich und willkommen sein wird.

ALBANUS (ZARNIKO).

31) **Alfred Wiener. Bericht über drei interessante Fälle von Sinusitis mit schweren Augencomplicationen. (Report upon three interesting cases of sinusitis associated with serious eye complications.)** *American Journal of Surgery. October 1908.*

Im ersten Fall entstand eine acute retrobulbäre Neuritis in der canaliculären Portion des N. opticus infolge Empyems der hinteren Siebbeinzellen. Verf. glaubt, dass in diesem Fall der Nerv bereits syphilitisch erkrankt war.

Die anderen beiden Fälle sind aus einer Serie von 9 Fällen ausgesucht.

In dem einen Fall waren die Kopfschmerzen so heftig und von Erbrechen begleitet, dass Verf. glaubte, es handle sich um eine intracranielle Neubildung. Der plötzliche Beginn, das Fehlen von Herdsymptomen, das Nachlassen der Schmerzen und des Oedems an der Papilla optica nach 48stündiger Bettruhe brachten ihn von jener Meinung zurück. Es handelte sich um eine Ethmoiditis posterior.

EMIL MAYER.

32) **C. G. Coakley. Die Erkrankungen des Auges und der Orbita, die von Erkrankungen der Nebenhöhlen abhängen. (The diseases of the eye and orbit depending on diseases of the accessory nasal sinuses.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Orbitalcomplicationen entstehen bei Empyem der Highmorshöhle nur dann, wenn die Gegend des Ostiums durch Septumdeviationen, Polypen oder dergl. so verlegt ist, dass der Eiter, der unter einem gewissen Druck steht, nicht durch jene dünnste Parthie der medialen Kieferhöhlenwand seinen Abfluss finden kann. Dasselbe ist bei Stirnhöhlenempyem der Fall, wenn der Ductus nasofrontalis undurchgängig ist. Verf. unterscheidet bei der Perforation des Stirnhöhlenbodens eine acute innerhalb weniger Stunden auftretende Cellulitis der Orbita mit plötzlichem Oedem, Schwellung der Lider und Verdrängung des Bulbus und einen langsamer verlaufenden Typus der Entzündung. Verf. betrachtet dann die Orbitalcomplicationen bei Siebbeinempyem, wobei er sagt, dass in den schwereren Fällen es sich meist um eine Combination mehrerer dabei betheiligter Nebenhöhlen handelt. Ferner wird die Thrombose der Orbitalvenen besprochen und zum Schluss die Augenaffectionen bei Keilbeinerkrankungen.

LEFFERTS.

33) **Arnold Knapp. Augencomplicationen der Nasennebenhöhlenerkrankungen. (Ocular complications of nasal sinus disease.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1908.*

Nach einem historischen Abriss über unsere Kenntnisse von den bei Nebenhöhlenaffectionen vorkommenden Augencomplicationen, von denen die früheste

und bestgekannte die Verdrängung des Orbitalinhaltes durch die sogenannte Mucocele war, spricht Verf. seine Meinung dahin aus, dass die Bedeutung der Highmorshöhle für den Ursprung der Orbitalaffectionen übertrieben wird. Er lenkt dann die Aufmerksamkeit auf Onodi's Untersuchungen über die Beziehungen des N. opticus zu den hinteren Siebbeinzellen, durch die mancher bisher dunkle Fall von retrobulbärer Neuritis aufgeklärt werde. Es werden dann die functionellen bei Empyem vorkommenden Störungen (Muskelschwäche, Accommodationsschwäche, Gesichtsfeldeinengungen etc.) besprochen. Einen sicheren Fall von Glaukom verursacht durch Empyem hat Verf. bisher nicht beobachtet; die bisher beschriebenen Fälle von Ablösung der Retina sind nicht überzeugend. LEFFERTS.

34) **E. Monjou. Die durch Stirnhöhlen-Siebbeinzelleneiterungen bedingten Complicationen seitens der Augenhöhle und des Sehorgans. (Le traitement des complications orbito-oculaires des sinusites fronto-ethmoïdales.)** *Dissert. Bordeaux 1908.*

Verf. empfiehlt die Killian'sche Stirnhöhlenoperation. Die Complicationen selbst werden nur kurz besprochen. OPPIKOFER.

35) **J. Weleminsky** (Wien). **Ueber Epiphora idiopathica nasalen Ursprungs.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 21. 1909.*

Bei den einschlägigen Untersuchungen an der Augenklinik konnte W. constatiren, dass regelmässig und am reichlichsten Thränensecretion bei Berührung des vorderen Endes der mittleren Muschel auftritt und haben sich Skarificationen dieser Schleimhautpartie therapeutisch als zweckmässig erwiesen. HANSZEL.

36) **E. Pólyak** (Budapest). **Exstirpation eines Lidkrebses, welcher in die Siebbeinzellen, Kieferhöhle und Nasenhöhle durchbrach; secundärer Verschluss der Orbita mit Plastik nach Kraske.** *Orvosi Hetilap. Beilage Szemészet. No. 2—3. 1908.*

Die Operation wurde folgendermaassen ausgeführt: Entfernung des Orbitainhalts, temporäres Aufklappen des Nasenflügels, partielle Resection des Oberkiefers, Entfernung des Nasenbeins, des Nasenfortsatzes des Stirnbeins und des linken Siebbeinlabyrinthes. Wundverlauf fieberfrei. Befund 4 Wochen nach der Operation: Orbita, Nasenhöhle und deren Nebenhöhlen bilden eine gemeinsame grosse Höhle. Der grosse Defect wird ein paar Wochen später mit einem aus der Wange gebildeten Hautlappen bedeckt. Glatte Heilung. Orbita und Nasenhöhle sind jetzt vollständig verschlossen. v. NAVRATIL-POLYAK.

37) **v. d. Hoeve** (Utrecht). **Sehnervenerkrankung bei Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen der Nase.** *Archiv f. Augenheilkunde. Bd. 64. 1909.*

In dem ersten, sehr ausführlich mitgetheilten Falle handelte es sich um einen 24jährigen Mann, bei welchem Entzündung der hinteren Nasennebenhöhlen beider Seiten zu einer Entzündung der axialen Bündel des Sehnerven geführt hatte, so dass schon, als Patient in Behandlung kam, deutliche Atrophie an den Papillen anwesend war. Die Operation an der linken Nasenseite hatte keinen Erfolg, sofort

nach Eröffnung und Behandlung der rechten Nebenhöhlen aber wurde der Zustand bedeutend besser. In einem zweiten Falle von rechtsseitiger Nebenhöhlenerkrankung und retrobulbärer Neuritis wurde leider jeder operative Eingriff verweigert. Bei einem dritten Falle handelte es sich um eine Opticuserkrankung bei Ethmoiditis posterior mit als einzigem Augensymptom Veränderung des blinden Fleckes, welche durch Nasenbehandlung ganz geheilt wurde. SEIFERT.

38) **Th. Reinewald** (Giessen). **Ein Fall von rhinogener Meningo-Encephalitis serosa.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinol. Heft 8. 1909.*

Mittheilung der Krankengeschichte und epikritische und differentialdiagnostische Erörterungen.

26jähriger Patient mit acuter Stirnhöhleneiterung wird ein Jahr zuvor auf der Bier'schen Klinik in Bonn nach Anlegung einer erbsengrossen Oeffnung in der Tabula externa der Stirnhöhle mit Stauungshyperämie behandelt. Besserung mit persistirender, cutaner Fistel. Später Entfernung mehrerer Sequester durch die Fistel. Ein Jahr nach der ersten Operation Auftreten von Coma mit tonischen und clonischen Krämpfen in rascher Folge. Lumbalpunction: klarer Liquor. Radicaloperation: Erweichungsherd und Defect der Tabula interna der Stirnhöhle. Dura tiefroth verfärbt und gespannt, auf derselben und mit ihr verklebt ein Sequesterstückchen, bei dessen Entfernung die Dura an zwei kleinen Stellen einreisst, aus denen sofort klare, seröse Flüssigkeit abfliesst. Langsame Besserung unter 8tägiger Fortdauer der Krampfzustände, Auftreten von Sinnestäuschungen, besonders Gesichtshallucinationen und grosse Unruhe. Allmählich Abklingen aller Erscheinungen und vollkommene Heilung. Temperatur dauernd normal.

HECHT.

39) **H. Jouveau-Dubreuil. Die durch Nebenhöhlenentzündungen bedingten Ohrcomplicationen. (Les complications auriculaires des sinusites.)** *Dissertation. Bordeaux. 1909.*

Im Verlauf der letzten 8 Jahre wurden auf der Klinik von Moure 300 Nebenhöhlenentzündungen, theils acute, theils chronische Fälle, beobachtet. Unter diesen führten 30, also 10 pCt. der Fälle, zu Mittelohrentzündungen.

Verf. giebt auch Krankengeschichten von Otitiden wieder, die sich an Nasendouchen, an hintere Nasentamponade und an Kieferhöhlenoperationen anschlossen.

OPPIKOFER.

40) **J. W. Moore. Ein Wort zu Gunsten des Conservatismus in der Behandlung des chronischen Highmorshöhlenempyems. (A plea for conservatism in the treatment of chronic empyema of the maxillary sinus.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Verf. plaidirt dafür, dass man wenigstens einige Wochen lang versuchen soll, durch Punction und Ausspülung zum Ziele zu kommen; in einer grossen Anzahl von Fällen bewirke die Reinigung der Schleimhaut schon Heilung.

EMIL MAYER.

41) **R. Bishop Canfield. Ueber die Radicalbehandlung der chronischen Antrumerkrankung nebst Empfehlung eines neuen in submucöser Resection der lateralen Nasenwand bestehenden Verfahrens. (Concerning the radical treatment of chronic diseases of the antrum with suggestions for a new method in operating by the submucous resection of the lateral nasal wall.)** *The Laryngoscope. August 1907.*

Nachdem — am besten in einer 2 Wochen vorhergehenden Sitzung — das vordere Ende der unteren Muschel amputirt ist, wird unter Cocain-Adrenalin-infiltrationsanästhesie am Uebergang von Haut und Schleimhaut ein Schnitt, der ungefähr in der Mitte der lateralen Wand der Apertura piriformis beginnt und nach unten bis zum Nasenboden geht, geführt; dieser, der bis auf das Periost geht, entspricht genau der lateralen Wand der Apertura piriformis. Dann Abheblung von Schleimhaut und Periost im Bereich des unteren Nasenganges nach unten bis zum Nasenboden, nach hinten bis zur Stelle, wo die untere Muschel amputirt ist. Abheblung des Periost der vorderen Antrumwand in gewünschter Ausdehnung. Entfernung der unteren Hälfte der lateralen Wand der Apertura piriformis und der Wand des unteren Nasengangs, soweit die Schleimhaut abgehoben ist. Entfernung der vorderen Antrumwand soweit, bis die Höhle zu übersehen ist. Wenn nöthig, Curettage der Höhle, eventuell auch des Siebbeins und des Keilbeins. Bildung eines Lappens von der Schleimhaut des unteren Nasengangs, der auf den Kieferhöhlenboden antamponirt wird.

EMIL MAYER.

42) **Dahmer** (Posen). **Die breite Eröffnung der Oberkieferhöhle von der Nase aus mit Schleimhautplastik und persistirender Oeffnung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 325. 1908.*

Der Gang der Operation, in der Reihenfolge der einzelnen Acte zusammengefasst, ist folgender:

1. Auftupfen von 10proc. Cocain auf die vordere untere Muschel.

2. Submucöse Injection von 1—3 Spritzen 1proc. Suprarenin-Cocain. Wartezeit 10—25 Minuten.

3. Senkrechter, kräftiger Schnitt bis auf den Knochen, von der Insertion der vorderen unteren Muschel bis auf die Mitte des Nasenbodens.

4. Einschneiden der vorderen unteren Muschel mit der Scheere im Bereich des ersten Drittels hart an der lateralen Nasenwand und Abtragen des flottirenden Stückes.

5. Abpräpariren der Schleimhaut des unteren Nasengangs bis auf die Mitte des Nasenbodens. Anlegen dieses Lappens event. mit einem kleinen Gazebausch an das Septum.

6. Aufsetzen des Stacke'schen Meissels im ersten senkrechten Schnitt und Durchschlagen der medialen Höhlenwand, Herausheben der Knochenlamellen und Abkneifen derselben und der von der Schleimhaut freipräparirten Höhlenwand in Grösse eines Markstückes.

7. Ausschaben der ganzen Höhle mit der gefensterten stumpfen Cürette, des medialen inneren Theiles des Antrumbodens mit dem scharfen Löffel, Ausspülen der Höhle und Austupfen.



8. Hereinklappen des Schleimhautlappens auf den nackten Höhlenboden.
9. Fixation mit 2—3 fingerlangen Gaze-Wattetampons.

Als Vorzüge der Methode werden angeführt:

1. Keine Narkose.
2. Keine Schmerzen und Oedem der Wange.
3. Möglichkeit der ambulatorischen Ausführung.
4. Möglichkeit für den Kranken, sich selbst ohne Schmerzen zu behandeln.
5. Persistirende Oeffnung, die es dem Kranken möglich macht, bei Acquisition eines Schnupfens oder Influenza und erneuter Secretion die Höhle sich selbst auszuspülen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

43) **Araya. Die Behandlung der Kieferhöhleneiterungen. (Traitement des sinusites maxillaires.)** *Dissert. Paris 1908.*

Aus der Reihe der radicalen Operationsmethoden empfiehlt A. das Luc-Caldwell'sche und das Denker'sche Verfahren.

Nicht zutreffend ist die Angabe, dass die Punction vom mittleren Nasengange aus vom keinem Specialisten mehr geübt werde.

Wenn A. an zwei Stellen mittheilt, dass bei Individuen mit behinderter Nasenathmung (Muschelhypertrophie, Septumdeviation, adenoide Vegetationen) die Nebenhöhlen besonders schlecht entwickelt seien, so kann Referent, gestützt auf 400 Nasensectionen, diese Angabe nicht bestätigen.

OPPIKOFER.

44) **A. Massé. Kieferhöhleneiterung. (Empyème et sinusite maxillaire.)** *Dissert. Montpellier 1908.*

M. unterscheidet zwischen Empyem und Sinusitis und fasst das Empyem auf im Sinne des Pyosinus. Er macht auf die bekannte Thatsache aufmerksam, dass die Prognose der dentalen Kieferhöhleneiterungen günstig zu stellen ist und deshalb die Zahncaries als ätiologisches Moment nicht vernachlässigt werden darf.

OPPIKOFER.

45) **L. Oudot. Ueber die Behandlung der Kieferhöhleneiterung durch Ausspritzungen vom unteren Nasengange aus. (Traitement de la sinusite maxillaire par les lavages diaméatiques.)** *Dissert. Paris 1908.*

O. empfiehlt in allen Fällen die eiternde Kieferhöhle ausschliesslich vom unteren Nasengange aus auszuspritzen und bezeichnet, ohne sich auf eigene Erfahrung zu stützen, die Ausspritzungen vom mittleren Nasengange aus als gefährlich.

Bei 34 Kieferhöhleneiterungen, unter denen sich auch einige acute Fälle finden, wurde 27 mal durch die Ausspritzungen Heilung erzielt.

OPPIKOFER.

46) **A. Juin. Ein Beitrag zur Behandlung der chronischen Kieferhöhleneiterungen. (Contributions à l'étude du traitement des sinusites maxillaires chroniques.)** *Dissert. Paris 1908.*

J. empfiehlt unter den radicalen Operationsmethoden das Küster-Desault'sche Verfahren mit Auskratzen der Schleimhaut. 22 Krankengeschichten.

Unrecht hat Verf., wenn er die Sondirung und die Ausspülung vom mittleren Nasengange aus für besonders gefährlich und deshalb für durchaus verwerflich hält.

OPPIKOFER.

47) A. von zur Mühlen (Riga). **Ein Fall von Steinbildung in der Kiefer- und Keilbeinhöhle.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 371. 1908.*

Der Stein hat bei einer Grösse von 3,9 : 3,5 cm ein Gewicht von 25,5 g. Er wurde nach zweimaliger Operation entfernt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

48) **Rueda** (Madrid). **Neue (?) Drainage für die Behandlung des Oberkieferempyems. (Nuevo [?] desaguo para el tratamiento de la sinusitis maxillar.)** *Archivo de oto-rino laringologia. No. 4.*

Verf. analysirt erst die Arbeit von Ledoux (Annales des maladies de l'oreille etc. Januar 1908) und zeigt sodann, dass das von jenem beschriebene Verfahren bereits von ihm im Jahre 1890 in den Botey'schen klinischen Studien beschrieben wurde.

TAPIA.

49) **Louis Ostrom. Die umgekehrte Antrumknochenzange in der Chirurgie des Antrums. (The reverse antrum bone forceps in antrum surgery.)** *The Laryngscope. Februar 1907.*

Verf. trägt fast stets zuerst das vordere Ende der mittleren Muschel ab. Dann wird das Ostium maxillare mit einer Sonde untersucht und wenn es zu eng befunden wird für eine genügende Drainage, so wird, wie es bereits von Anderen beschrieben wurde, das Infundibulum mit dem Probetroicart von Myles oder einem anderen geeigneten Instrument, das in das Ostium eingestossen wird, erweitert. Da diese Oeffnung aber die Tendenz hat, bald zu heilen, so schneidet Verf., indem er das bewegliche Blatt seiner Scheere in das Ostium einführt, und nach vorn und unten zu schneidet, den Processus uncinatus fort, was in sehr kurzer Zeit geschieht.

Auch in den die Majorität darstellenden Fällen, in denen Verf. die Eröffnung vom unteren Nasengang aus macht, benutzt er, um die Oeffnung nach vorn zu zu erweitern, seine Zange, die er auch für das Siebbein, Abtragung von Muschelhypertrophien etc. empfiehlt.

EMIL MAYER.

50) **A. Onodi** (Budapest). **Ueber den Werth der elektrischen und radiographischen Durchleuchtung der Stirnhöhle.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

Die elektrische Durchleuchtung besitzt nur einen illusorischen Werth, denn die Erfolge hängen von der Dicke und der Construction der Knochen ab. Die Röntgendurchleuchtung besitzt schon einen höheren, jedoch auch keinen absoluten Werth, da in einzelnen Fällen die Befunde zu falschen Schlüssen führen können. Ein absoluter Werth kann der Röntgendurchleuchtung in der Beziehung zugesprochen werden, dass sie es möglich macht, festzustellen, ob Stirnhöhlen überhaupt vorhanden sind.

v. NAVRATIL-POLYAK.

51) **Warnecke** (Hannover). **Ueber Stirnhöhlendurchleuchtung vom Orbitaldach.** (Vorläufige Mittheilung.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 180 1908.*

Das Wesen der Durchleuchtung vom Boden der Stirnhöhle her besteht im Anlegen eines kleinen Lämpchens des Valentin'schen Salpingoskops von 6 bis 9 Volt Spannung an bezw. in die Wölbung des Orbitaldachs.

Der Durchleuchtungseffect soll in der Regel gut sein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

52) **M. Martin. Behandlung doppelseitiger Stirnhöhleneiterung nach Trepanation in der Medianlinie und Y-Drainage. (Traitement des sinusites frontalis bilatérales par la trépanation médio-frontale et le drainage en Y.)** *Dissert. Paris 1908.*

Der Autor ist mit dem kosmetischen Resultat der Killian'schen Stirnhöhlenoperation nicht zufrieden und empfiehlt bei doppelseitiger chronischer Stirnhöhleneiterung nach dem Operationsplan seines Lehrers G. Laurens vorzugehen: Nach Entfernen der mittleren Muschel schlägt L. eine einzige median gelegene Oeffnung, ohne die ganze vordere Wand der Stirnhöhlen zu entfernen, curettirt die Schleimhaut, entfernt das Septum zwischen den Stirnhöhlen und vereinigt dann, um günstige Abflussverhältnisse zu erzielen, die Ausführungsgänge der beiden Stirnhöhlen durch Resection eines entsprechenden Stückes aus der Lamina perpend. des Siebbeins. Mehrere Abbildungen veranschaulichen den Gang der Operation. Die günstigen Erfahrungen stützen sich nur auf 2 Fälle.

OPPIKOFER.

53) **J. C. Beck. Stirnhöhlenoperation. (Frontal sinus operation.)** *N. Y. Medical Record. 22. August 1908.*

Verf. bestimmt erst die Grenzen der Höhle durch ein Skiagramm, bildet den Umriss der Höhle in Celluloid nach, legt diese Celluloidplatte auf den blossgelegten Knochen und bildet danach den osteoplastischen Lappen. Er legt dann nach Entfernung der erkrankten Höhlenschleimhaut, Ausräumung des Siebbeins und Erweiterung des Ductus naso-frontalis einen Gummidrain in letzteren ein, den er nach 3—5 Tagen durch eine Silber- oder Goldtube ersetzt.

LEFFERTS.

54) **Sagebiel** (Stettin). **Ueber Stirnhöhlenoperationen mit Demonstrationen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 2. S. 82. 1908.*

Vorstellung von 7 Patienten, die wegen chronischer Stirnhöhleneiterung operirt wurden: 5 nach Killian; einer mit Fortnahme der vorderen Wand, einer mit Fortnahme der Spange. Die Resultate waren durchweg gute. Nur bei sehr vorgewölbter Stirn und grosser Ausdehnung der Stirnhöhle ergab auch die Killian'sche Operation tiefe Einsenkung. Doppelbilder traten in 3 Fällen auf.

ALBANUS (ZARNIKO).

55) **Ramos** (Barcelona). **Stirnhöhlenempyem. Meningo-Encephalitis. Tod. (Sinusitis frontal; meningo-encefalitis; muerte.)** *Revista barcelonesa de enfermedades de la garganta. Juni 1908.*

Empyem nach Influenza; heftige Schmerzen in der linken Supraciliargegend:

39° Temperatur; sieben Tage nachher Lidabscess; bei Incision Entleerung einer grossen Menge fötiden Eiters; man kommt auf entblössten Knochen; die von R. vorgeschlagene Radicaloperation wird verweigert. Patient stirbt an Meningo-Encephalitis.

TAPIA.

56) **Cuello. Ueber einen Fall von primärem verkalktem Sarkom des Sinus frontalis.** *Dissert. Berlin 1908.*

C. fand 9 Fälle primären Stirnhöhlensarkoms in der Literatur. Er giebt die diesbezüglichen Krankengeschichten wieder und theilt einen weiteren von Prof. Silex operirten Fall mit, der seit $4^1/_2$ Jahren recidivfrei ist. Der kleinpflaumengrosse Tumor fand sich bei einer 40jährigen Frau und hatte allmählich zu einer Vortreibung der vorderen und unteren Wand der Stirnhöhle geführt.

OPPIKOFER.

57) **Callen J. Welty. Ethmoidalperforation an einem Augenwinkel und Erkrankung der Highmorshöhle. (Ethmoidal perforation of the inner corner of the eye and involvement of the antrum of Highmore.)** *American Medical Association Journal. 17. October 1908.*

Der Fall betrifft einen 70jährigen Mann. Heilung durch Killian'sche Operation.

EMIL MAYER.

58) **J. A. Stucky. Bericht über einen Fall von traumatischer Ethmoiditis, Cerebralabscess; Tod während der Operation; Autopsie. (Report of a case of traumatic ethmoiditis; cerebral abscess; death during operation; autopsy.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Januar 1907.*

Infection der Stirnhöhle und Siebbeinzellen infolge Trauma; Auftreten von psychischen Symptomen infolge Sepsis. Durch den Druck in der Keilbeinhöhle wurden Strabismus und Amblyopie bewirkt, die mit Nachlassen des Drucks verschwanden. Herdsymptome fehlten völlig.

EMIL MAYER.

59) **F. Massei. Myxofibrom der Keilbeinhöhle. (Mixo-fibroma del seno sfenoidale.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Juli 1909.*

Es handelte sich um einen 26jährigen Mann, der an Athembeschwerden litt, die sich Nachts zu Erstickungsanfällen steigerten. Man fand eine grosse Neubildung des Nasenrachens, die roth und beweglich war, und beim Herunterdrücken der Zunge hinter dem Gaumensegel zum Vorschein kam. Der Tumor wurde mit der kalten Schlinge entfernt, wobei sich ergab, dass er einen langen Stiel hatte und aus drei Lappen bestand. Die Stelle, wo der Stiel gesessen hatte, fand sich am Rachendach, und zwar zeigte sich hier einige Millimeter über der rechten Choane eine kleine Vertiefung. Mit der Sonde gelang es, durch diese Grube in der Sphenoidalgegend in eine Art Canal einzudringen. Verf. ist der Ansicht, dass es sich um ein Ueberbleibsel des Canalis cranio-pharyngeus handelt, durch den der in der Keilbeinhöhle sitzende Polyp sich nach dem Nasenrachen zu entwickelt habe.

FINDER.

60) **Sonntag** (Berlin). **Cyste an der Nasenwurzel. Septikopyämie nach Entfernung der Gaumen- und Rachentonsille.** *Zeitschrift f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. I. S. 755. 1909.*

1. Fall: 34jähriger Mann trägt taubeneigrosse Dermoidcyste an der Nasenwurzel. Bei der Operation zeigt es sich, dass die beiden Nasenbeine und ein Theil des Septums fehlen: Zurückbleiben des Knochenwachsthums unter der Cyste.

2. Fall: 14 Tage nach einer Angina wurden dem 7jährigen Knaben in derselben Sitzung die drei Mandeln entfernt. 11 Tage nach der Operation starb das Kind an Septikopyämie. OPPIKOFER.

61) **H. Schneider. Ueber einen Fall von Rhinophyma.** *Dissert. München 1907.*

55jähriger Patient. 2 wohlgelungene Photographien zeigen das überaus grosse Rhinophym. Operation mit gutem kosmetischem Resultat (1 Abbildung). Die Transplantation hält Verf. nicht für nothwendig und unter Umständen für schädlich, da die Drüsenausführungsgänge durch die Epidermislamellen verstopft werden und so Retentionscysten entstehen können. OPPIKOFER.

62) **Sokolow. Fall von Rhinophyma. (Slutschai Rhinophyma.)** *Protokoll des Moskauer venerolog.-dermatol. Vereins. Bd. XV. S. 61.*

Abbildung und Beschreibung von colossaler Geschwulst der Nase bei einem 34jährigen Manne, bei dem nicht nur die äussere Form der Nase völlig verschwunden war, sondern auch in der Nasenhöhle Wucherungen vorhanden waren. Die Geschwulst wurde sammt der Nase, exclusive der Nüstern, entfernt und Rhinoplastik gemacht. Bei der mikroskopischen Untersuchung stellte es sich heraus, dass es sich um ein Sarkom handelte, welches zur besonderen Wucherung von Talgdrüsen Veranlassung gegeben hatte. P. HELLAT.

63) **Harmon Smith. Abscess in beiden Nasenlöchern, mit Sattelnase, corrigirt durch Paraffininjectionen. (Abscess of both nostrils with saddle back deformity corrected by paraffin injection.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.

64) **J. F. Binnie. Eine Operation zur Correction der eingesunkenen Nase. (An operation for the repair of sunken nose.)** *Surgery, Gynecology and Obstetrics. Juni 1908.*

Es wird in der Mittellinie ein longitudinal verlaufender Einstich gemacht, von diesem beiderseits zu der Basis der Nasenflügel subcutane Tunnels gemacht und in diese Streifen von Rippenknorpel eingelegt. EMIL MAYER.

65) **H. E. Waxham. Ein neues Verfahren zur Correction der Sattelnase. (A new procedure for the correction of the saddle nose.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Verf. macht auf dem Nasenrücken einen Hautschnitt, trennt die Gewebe mittels gebogener Scheere, hebt Haut und subcutanes Gewebe sorgfältig mit einem Elevatorium hoch, stillt dann durch Aufdrücken eines Adrenalintampons die Blutung. Dann spritzt er mittels leicht gebogener Nadel Paraffin von 44—46 ° Schmelzpunkt an den Endpunkt der Gewebstrennung. Beim allmählichen Zurückziehen der Nadel

wird immer mehr Paraffin deponirt. Darüber wird, damit das Paraffin nicht durch die Incision herauskommt, ein fester Druckverband gelegt oder die Incision durch feine Nähte geschlossen.

EMIL MAYER.

66) **Burack. Paraffinprothesen und Verbreiterung der eingesunkenen Nase. (O parafinowich protesoch woobschtsche i ob isprawl. parafinom sapodanija nosa w tschasti.)** *Jeshemesjatschnik. No. 3. 1908.*

Nichts Neues.

P. HELLAT.

67) **C. C. Miller. Die chirurgische Verkleinerung der excessiv langen Nasenspitze. (The surgical reduction of the nasal tip of excessive length.)** *Alabama Medical Journal. September 1907.*

Beschreibung des Operationsverfahrens.

EMIL MAYER.

68) **Koschier** (Wien). **Ueber Nasenplastiken.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1908.*

Empfehlung der Methode nach Föderl. Siebförmig durchlochte, in der Form der aufgeklappten Nase zugeschnittene Celluloidplatte wird zwischen Periost und Haut einheilen gelassen, sodann breit umschnitten bis auf den Knochen, von diesem abpräparirt, der nach unten gestielte Lappen gedreht und nach der üblichen Methode angenäht. Die Platte wird dem künftigen Nasenrücken entsprechend dachförmig gebogen.

CHIARI-HANSZEL.

69) **M. M. Krings** (Groningen). **Ein Fall von Nasenprothese. (Een geval van neus-prothese.)** *Tijdschr. v. Tandheelk. XVI. H. 3.*

Die äussere Nase war infolge von Lupus verloren gegangen. Die Nasenbeine waren erhalten, das knorpelige Septum verschwunden. Nach Stents- und Gypsabdrücken machte K. ein Stentsmodell der neuen Nase und baute darauf die Nase aus rothem Wachs. Die Befestigung wurde gemacht, oben an einer Brille, unten an zwei in die Nasenlöcher greifende Goldklammern. Dieselben berühren die innere Nasenwand in der Ruhe nicht, wohl aber bei Muskelzug wie beim Sprechen und Lachen, wobei sie die Nase am Abgleiten verhindern. Es wurde dann die Nase aus hartem Kautschuk vulkanisirt. Dieses Material hat den Vorzug vor Platina, das bei Frost zu stark abkühlt, vor Celluloid, das für Raucher gefährlich ist, vor weichem Kautschuk, das schwer zu bearbeiten ist; auch vor Papiermaché, das für Feuchtigkeit nicht ganz unempfindlich ist. Die Farbe wurde mittels gewöhnlicher Porträtfarbe aufgetragen. Mit ein wenig Terpentin verdünnt, hält dieselbe auf Kautschuk ganz gut. Das Resultat war in jeder Hinsicht ein ganz vorzügliches.

H. BURGER.

70) **J. Herzfeld** (Berlin). **Ein neues Naseninstrument.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 382. 1908.*

Die Instrumente sind abgebildet: Zur ersten Durchbohrung des knorpeligen Septums bei der submucösen Septumoperation ein Stichel und ein meisselartiges Instrument; Scheere zur Knorpeldurchschneidung; Nasenfeile nach Sandmann zur Entfernung einer breit- oder spitzaufsitzenden Protuberanz des Septums; Nasentamponträger.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

c. Mundrachenhöhle.

71) **Mayasanik** (Berditschew). **Werden im Bereich des Ostium tubae pharyngis Geschmacksempfindungen ausgelöst?** *Dissert. Bern 1908.*

Chinin sulf. in Salbe wird von allen 36 geprüften Personen l. c. empfunden, jedoch zweimal ausgesprochen süss; analog den Thatsachen, dass nach Howel und Costlé Bromsaccharin an der Zungenbasis bitter, an der Zungenspitze süss schmeckt. Die Versuche wurden mit vielen Cautelen ausgeführt. JONQUIÈRE.

72) **Alberto Civalleri. Die Pharynxhypophyse beim Menschen. (L'ipofisi faringea nell'uomo.)** *Internationale Monatsschr. f. Anatomie u. Physiologie. XV. H. 3. 1909.*

Es besteht nach den Untersuchungen des Verf.'s constant am Rachendach beim Erwachsenen eine kleine glanduläre Bildung, die ihrer Structur nach sich verhält wie der Vorderlappen der Hirnhypophysis. Sie ist in dem fibro-periostalen Ueberzug gelegen, der die Unterfläche des Keilbeins bedeckt und zwar genau in der Medianlinie gerade da, wo, wenn sie vorhanden ist, sich die Oeffnung des Canalis cranio-pharygeus befindet. Da die Drüse längs des Verlaufes des primären Hypophysentheiles gelegen ist, so kann man annehmen, dass sie mit diesem Theil in seinem extracraniellen Antheil embryologisch zusammenhängt. Verf. schliesst aus der Structur dieser Drüse, dass sie eine der Glandula pituitaria des Gehirns gleiche Function hat. FINDER.

73) **Warnekros** (Berlin). **Ueber die Ursache der Lippen- und Gaumenspalten.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 20. S. 976. 1908.*

Der Autor bringt in seiner Arbeit, die sich vor Allem auf röntgonologische Untersuchungen stützt, die Ansicht, dass überzählige Zähne die Gaumen- und Lippenspalten verursachen; es handele sich nicht um ein Nichtverwachsen zweier gesonderter Knochen, sondern um einen Spalt im Zwischenkiefer selbst, der immer durch die Anlage eines überzähligen Zahnes hervorgerufen werde und sich entweder auf den palatinalen Theil des Zwischenkiefers beschränke oder den Alveolarfortsatz durchbreche und somit ein Hemmniss abgebe für die Verwachsung des palatinalen Theils des Oberkiefers und event. auch der Weichtheile.

In der Discussion sprachen Sachs (Berlin), Eckstein (Berlin) und Gutzmann (Berlin). ALBANUS (ZARNIKO).

74) **Warnekros** (Berlin). **Gaumenspalten.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 144. 1908.*

Verf. stellt in dieser Arbeit die Behauptung auf, dass in sehr vielen Fällen die Anlage eines überzähligen Zahnes bei den beschränkten Raumverhältnissen des noch nicht vollkommen verknöcherten Zwischenkiefers die Entstehung einer Spaltbildung im Zwischenkiefer selbst veranlasst und führt eine Reihe von Fällen als Beweise für diese Behauptung an. Verschiedene Abbildungen von Modellen — Oberkieferabdrücke — zeigen bei verschiedenen Graden der Spaltbildung den überzähligen Zahn bei Lebenden. Ein Fehlen des überzähligen Zahnes darf nicht ohne Weiteres als Gegenbeweis angeführt werden, da er bei Lebenden entfernt oder bei

Embryonen oder Neugeborenen mit weit klaffendem Spalt verloren gegangen sein kann. Dass bei Neugeborenen mit erhaltenem Kieferbogen unter allen Umständen der überzählige Zahn nachzuweisen ist, beweisen beigegebene Röntgenabbildungen, bei denen auf jeder Seite statt der 5 Zähne 6 zu sehen sind. Zu jedem Röntgenbild ist die Photographie des Kopfes und des Gaumens hinzugefügt.

Vererbung spielt bei diesen Spaltbildungen eine grosse Rolle. Die Voraussetzung, dass bei den Familien, wo Spaltbildungen beobachtet werden, auch gleichzeitig Neigung zu überzähligen Zähnen nachgewiesen werden kann, wurde vom Verf. in vielen Fällen bestätigt.

Verf. geht dann noch auf die Therapie der Spaltbildungen des Näheren ein.

Bei ausführlicher Betrachtung des Passavant'schen Wulstes wird einer Arbeit von K. Warnekros (Sohn) gedacht, die Aufklärung in die noch umstrittene Frage bringt. Sie hat folgendes Ergebniss:

1. Der Passavant'sche Wulst wird von dem obersten Abschnitt des Constrictor pharyngis superior, dem sog. Pterygopharyngeus gebildet, und ist als eine der Velumcontraction associirte, physiologisch nothwendige Bewegungserscheinung bei der Sprachbildung anzusehen.

2. Diese unter normalen Verhältnissen isolirte Thätigkeit des Pterygopharyngeus wird bei Gaumenspalten insofern ergänzt, als neben der entsprechenden Wulstbildung des Constrictor pharyngeus sup. in seiner Gesammtheit eine Compression der seitlichen Pharynxwand und somit zusammen mit dem Palatopharyngeus eine Verschmälerung des Gaumendefectes durch Annäherung der Spaltränder bewirkt.

3. Durch alleinige Contraction des Palatopharyngeus kann eine Verengerung des Defectes nicht erzielt werden, da die Wirkung des in Betracht kommenden Abschnittes (Pars pharyngopalatina) durch antagonistischen Einfluss aufgehoben wird.

4. Der M. palatopharyngeus ist weder activ noch passiv an der Bildung des Passavant'schen Wulstes betheiligt.

W. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

75) **Kuhn** (Kassel). **Die Operation des Wolfsrachens mittels peroraler Intubation.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 98. 4. u. 5. Heft. 1909.*

Als wesentliche Vorzüge werden angegeben die Ruhe und Leichtigkeit der Narkose, die bequemere Beseitigung der Zunge, Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes und Reinlichkeit bei der Anfrischung, Tamponade und Naht.

SEIFERT.

76) **Notiz des Herausgebers. Die nekrotische Scharlachangina. (The necrotic angina of scarlat fever.)** *N. Y. Medical Journal. 22. Mai 1909.*

Diese Angina kann in jedem Stadium der Krankheit auftreten. In manchen Fällen geht ihr eine nicht-gangränöse Angina vorher, die erst nach 6—8 Tagen einen nekrotischen Charakter annimmt. Handelt es sich von Anfang an um eine nekrotische Angina, so zeigt sich der Belag innerhalb 48 Stunden. Sterben die Patienten nicht an Allgemeininfection, so tritt oft rapide Besserung auf und nach einigen Tagen bleiben nur noch ein paar tiefe und grosse Ulcerationen auf der Tonsille. Als Behandlung empfehlen sich reichliche Irrigationen mit Wasserstoff-

superoxydlösung nebst localer Application von 2 proc. Chlorzink- oder Jodlösung, wobei sorgfältige auf Hebung des Allgemeinzustandes bedachte Allgemeinbehandlung nicht zu vernachlässigen ist.

LEFFERTS.

77) **F. Samuel. Ueber Angina ulcerosa bei dem Abdominaltyphus.** *Dissert. Strassburg 1908.*

An der med. Klinik in Strassburg wurden von 1888—1907 im Ganzen 1102 Typhusfälle behandelt. Unter diesen fanden sich bei 76, also bei 6,89 pCt. aller Typhusfälle, Gaumengeschwüre (meist 1—2) vor. 73 Mal sassen die Ulcera am vorderen Gaumenbogen. Die durchschnittliche Dauer der Geschwüre betrug 10 Tage. 17 Mal wurde gleichzeitig Soor beobachtet.

Die Angina ulcerosa ist ein für die Frühdiagnose des Typhus abdominalis werthvolles Symptom.

OPPIKOFER.

78) **Norton L. Wilson. Bericht über einen Fall von Tonsillartuberculose nebst Bemerkungen über die Anwendung von Jodkali bei Tuberculose. (Report of a case of Tuberculosis of the tonsil with remarks on the administration of Potassium Iodide in Tuberculosis.)** *The Laryngoscope. April 1908.*

Verf. warnt davor, in zweifelhaften Fällen zur Diagnose ex juvantibus Jodkali zu geben, da es feststeht, dass eine Zeit lang auch bei Tuberculose nach Jodkaligebrauch Besserung eintritt und so Irrthümer entstehen können. Man soll in solchen Fällen lieber ein paar Einspritzungen von Quecksilbersalicylat machen.

EMIL MAYER.

79) **A. Rossi-Marcelli. Die Gaumenmandel als Eingangspforte des Tuberkelbacillus. Ihre Beziehung zu den Halsdrüsen. (La tonsilla palatina come porta di entrata del b. tubercolare. Rapporto di essa coi gangli del collo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1909.*

Bei einem 8jährigen Mädchen findet sich rechts am Halse eine aus Drüsen bestehende Kette, in denen eine besonders grosse vor dem vorderen Rande des M. sternocleidomastoideus sich befindet. Brustorgane gesund; im Auswurf keine Tuberkelbacillen. Die rechte Tonsille ist hypertrophirt. In Stückchen der Tonsille, die mit einer Hartmann'schen Zange entnommen waren, wurden bei der mikroskopischen Untersuchung spärliche, aber deutliche Tuberkelbacillen sowohl unter dem Epithel, besonders der Krypten, als auch im Parenchym gefunden.

Verf. bespricht dann den anatomischen Zusammenhang, der zwischen jenen Halsdrüsen und der Tonsille besteht mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungen von Wood.

FINDER.

80) **K. Emerson. Acute Poliomyelitis nach Tonsillitis. (Acute Poliomyelitis following Tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 31. October 1908.*

8jähriger Knabe mit Tonsillitis, deren Schwere durch die toxischen Symptome gekennzeichnet ist. Es fanden sich in den Bakterien keine Diphtheriebacillen. Am nächsten Tage war die Tonsillitis verschwunden, doch war der Kranke die folgenden Tage nicht bei Wohlbefinden und klagte über Schmerzen in Händen, Arm, Schulter etc. Am 7. Tage Fieber. Der Allgemeineindruck war jetzt der einer

beginnenden Meningitis. Am 10. Tage Lähmung des Deltoideus und des linken Oberarmes; zwei Tage darauf konnte er nur noch ganz schwach die Finger der linken Hand beugen. Verf. nimmt eine gemeinsame Aetiologie für die Tonsillitis und Poliomyelitis an.

LEFFERTS.

81) **Berini. Tonsillitis und Peritonsillitis phlegmonosa; deren Behandlung. (Amigdalitis y periamigdalitis flegmonosas; su tratamiento.)** *Revista de medicina y cirurgia de Valencia. November 1908.*

Zusammenfassende Studie.

TAPIA.

82) **Antonio Nieddu. Eine kleine Appendicitis-Epidemie studirt in Bezug auf das Verhalten des Waldeyer'schen Schlundrings. (Una piccola epidemia di appendicite studiata in rapporto allo stato dell'anello linfatico di Waldeyer.)** *Boll. delle malattie dell'orecchio etc. No. VIII. 1909.*

In 4 von den 5 beobachteten Fällen war der Appendicitis eine Angina tonsillaris vorausgegangen. In einem dieser Fälle war die Mandelerkrankung seit einer Woche geheilt; in dem zweiten waren zu Beginn der Appendicitis die Mandeln noch bedeckt mit fibrinösen Belägen, die zahlreiche Kokken enthielten. Bei den beiden anderen Fällen trat infolge allgemeiner Peritonitis Exitus ein. Bei einem von diesen wurde die Autopsie gemacht. Man fand Eiterherde in der rechten Mandel, in denen sich Streptokokken fast in Reinkultur fanden. Streptokokken fanden sich auch in dem peritonitischen Exsudat.

FINDER.

83) **J. N. Reik. Die Beziehungen zwischen entarteten Tonsillen und Mittelohrerkrankung. (The relationship between degenerate tonsils and middle-ear deafness.)** *The Laryngoscope. December 1908.*

Die Fälle betreffen Patienten, die den Otologen wegen Schwerhörigkeit consultirten, keine Beschwerden von Seiten des Halses und der Nase hatten und bei denen genaue Untersuchung erkrankte Tonsillen ergab. In einer Anzahl von Fällen führte die Enucleation dieser Tonsillen zur Besserung, Stillstand oder sogar Heilung der beginnenden oder fortschreitenden Mittelohr-Schwerhörigkeit.

EMIL MAYER.

84) **H. Danielewicz. Klinische Beiträge zur Pyocyanasebehandlung.** *Dissert. Bonn 1908.*

D. liess die Pyocyanase 6—7mal täglich einblasen. Diarrhoen als Wirkung des Verschluckens der Pyocyanase wurden nicht beobachtet.

Bei 9 schweren Fällen von Angina lacunaris wurden 8 in überaus günstiger Weise durch die Pyocyanase beeinflusst. 9 Krankengeschichten.

Bei Behandlung der Diphtherie kann das Mittel als gänzlicher oder theilweiser Ersatz des Serums nicht in Betracht kommen. Bei schweren Fällen von Diphtherie versagt es. Als locales Desinficiens ist die Pyocyanase an Stelle der bisher üblichen Gurgelwässer empfehlenswerth. Völlige Abtödtung der Diphtheriebacillen in der Schleimhaut kann nicht mit Sicherheit erzielt werden. 5 Krankengeschichten.

Bei der Scharlachangina (9 Fälle) übt die Pyocyanase ebenfalls einen günstigen Einfluss aus. Doch sagt Verf. an einer Stelle: Natürlich ist es nicht

möglich, auf Grund der Beobachtungen von 9 Fällen ein sicheres Urtheil über den Werth des neuen Mittels zu gewinnen.

OPPIKOFER.

85) **R. Leroux** (Paris). **Behandlung der eingekapselten Mandel. Neuer Morcelleur. (Traitement de l'amygdale enchatonnée. Nouveau morcelleur à érigne.)** *Presse Médicale. No. 45. 3. Juni 1908.*

Um die Tonsillen aus ihrem Zusammenhang mit den vorderen Gaumenbögen loszulösen, macht Verf. eine verticale Incision 1 cm vom inneren Rand des Gaumenbogens und führt dort eine rechtwinklig gebogene kurze Sonde ein. Dieses Verfahren hat den Vorzug, den Gaumenbogen zu schonen. Für das Morcellement hat Verf. den gewöhnlichen Morcelleur mit einer vortheilhaften Modification versehen.

GONTIER de la ROCHE.

86) **H. B. Blackwell. Die Bedeutung der Tonsillectomie für die Otitis nebst Bemerkungen über Fingerenucleation. (The otitic significance of tonsillectomy with reference to digital enucleation.)** *N. Y. Medical Journal. 29. Mai 1909.*

Verf. beschreibt seine Methode der Fingerenucleation. Er betrachtet die Operation bei acuter chronischer eitriger und nichteitriger Mittelohrentzündung als einen in curativer und prophylaktischer Hinsicht werthvollen Factor.

LEFFERTS.

87) **F. S. Mathews. Fingerenucleation der Tonsille. (Finger enucleation of the tonsil.)** *Annals of Surgery. December 1908.*

Verf. schält die Tonsille mit dem Zeigefinger oder mit Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand aus, bis sie nur noch an einer dünnen Schleimhautbrücke hängt, dann schneidet er sie mit dem Tonsillotom ab.

EMIL MAYER.

88) **C. Demarest. Gefahren bei der Entfernung der Tonsillen und Adenoidgeschwülste. (Dangers associated with removal of the tonsils and adenoid growths.)** *N. Y. Medical Record. 20. März 1909.*

Die secundären Blutungen sind nach Verf. fast immer durch unvollkommene Entfernung der Adenoiden und bei der Gaumentonsille durch Anwendung des Tonsillotoms oder der Tonsillarzange bedingt. In letzterem Fall bringt man die Blutung zum Stehen, indem man die Gaumenbögen durch drei Nähte zusammennäht.

LEFFERTS.

89) **F. C. Ard. Gefahren bei der Entfernung der Tonsillen und der Adenoiden. (Dangers associated with removal of the tonsils and adenoid growths.)** *N. Y. Medical Record. 6. März 1909.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Operation wegen der bei ihr in Betracht kommenden Gefahren nicht zu geringfügig behandelt werden sollte, und beschäftigt sich vor allen Dingen mit der Gefahr der Blutung.

LEFFERTS.

90) **C. R. Dufour. Blutung nach Tonsillotomie mit der kalten Schlinge. (Hemorrhage following Tonsillotomy with the cold wire snare.)** *The Laryngoscope. März 1908.*

Bei Hunderten von Operationen hat Verf. nur einmal eine schwere Blutung

nach der Anwendung der kalten Schlinge gehabt, und zwar bei einem 35jährigen Manne.

Die Blutung wurde durch Naht der Gaumenbögen zum Stehen gebracht.

EMIL MAYER.

91) **Otto J. Stein. Ein Fall schwerer primärer Blutung nach Entfernung der Gaumentonsille. (A case of severe primary hemorrhage following the removal of the faucial tonsil.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Der Fall betrifft eine 20jährige Frau. Sie gab an, sich am zweiten Tage ihrer Menstruation zu befinden. Pat. war keine Hämophile, Verf. hatte sie bereits in der Nase und an Adenoiden operirt, ohne dass Blutung erfolgt war. Verf. warnt davor, während oder kurz vor dem Eintreten der Menses, ebenso bei vorgeschrittener Gravidität zu operiren.

EMIL MAYER

92) **Ernest Morawek. Eine neue Tonsillenzange. (A new style tonsil forceps.)** *N. Y. Medical Record. 14. November 1908.*

Der Vorzug des Instruments besteht darin, dass es die Tonsille von Anfang bis zum Ende der Operation festhält, ohne dass es — selbst wenn das Tonsillengewebe sehr brüchig ist — ausreisst. Die Zange ist sehr leicht, der Handgriff so angebracht, dass der Operateur durch ihn bei seinen Manipulationen nicht gestört wird.

EMIL MAYER.

93) **Rodriguez Vargas** (Valladolid). **Mandelstein. (Calculo de la amigdala.)** *Boletino de laringologia. Februar 1909.*

25jähriger Mann, bei dem sich ein 5 g schwerer grauer Stein findet. Pat. hatte öfter an Amygdalitis mit käsigen Pfröpfen gelitten. Chemische Zusammensetzung der Concrements: 12 pCt. Calcium carbonic., 67 pCt. Calcium phosphat., 12 pCt. organische Bestandteile.

TAPIA.

d. Diphtherie und Croup.

94) **Retzlaff** (Magdeburg). **Die Diphtheriefälle des Jahres 1907 in der Krankenanstalt Sudenburg.** *Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 49. 1909.*

Unter 150 auf der Diphtheriestation behandelten Kindern waren 140 sichere Diphtheriefälle, von welchen 83,57 pCt. geheilt resp. gebessert entlassen wurden, und 16,43 pCt. starben. Gleich nach der Einlieferung erhielten die Kinder 1500 E., fiel das Fieber nicht, so wurde eine zweite Seruminjection gemacht. Auf die örtliche Behandlung des Rachens mit 2 proc. Collargol legt R. grosses Gewicht. In 29 Fällen musste künstlich die Larynxstenose behoben werden, entweder durch Intubation oder Tracheotomie. Von diesen wurden 29 geheilt resp. gebessert entlassen, gestorben sind 10 Kinder, von denen wohl das eine oder andere hätte gerettet werden können, wenn man früher, d. h. vor der Aufnahme Serum gegeben hätte.

SEIFERT.

95) **Gabriel** (Stettin). **Beitrag zur Kenntniss des chronischen Rachendiphtheroids.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1908.*

Ein 22jähriges Dienstmädchen, das vor $1\,^{3}/_{4}$ Jahren eine schwere Diphtherie

durchmachte und seitdem viel Heiserkeit gehabt hat, wird während 7 Monaten im Krankenhaus wegen immer wieder auftretenden Schüben von Angina, theils mit, theils ohne Belag, unter gleichzeitiger Störung des Allgemeinbefindens behandelt; es finden sich andauernd pathogene Diphtheriebacillen. Eine Nachbarin und Pflegeschwester erkrankten an typischer Diphtherie. Nach Entlassung — ungeheilt mit Bacillen — Rückkehr mit einer neuen Attaque nach 3 Wochen, wonach Pat. ebenfalls ungeheilt das Haus verliess.

ALBANUS.

96) **E. Schreiber** (Magdeburg). **Ueber intravenöse Injection des Diphtherieserums.** *Münchener med. Wochenschr. No. 31. 1909.*

Bezugnehmend auf die Arbeiten F. Meyer's und Berghaus' empfiehlt Sch. bei schweren Diphtheriefällen statt der subcutanen die intravenösen Injectionen und zwar gleich in grossen Dosen. Die grossen Dosen sind auch intravenös durchaus unschädlich — so liess Autor bei einem $1^1/_2$ jährigen Kinde auf einmal 6000 I.-E. und bei einem 5jährigen 10000 I.-E. mit sehr gutem, complicationsfreiem Erfolge injiciren —, sättigen weit sicherer alle Toxine ab und arbeiten damit den verhängnisvollen Lähmungen durch die Toxine eher entgegen, als das etwa bei kleineren wiederholten Dosen geschieht. Der Temperaturabfall erfolgt prompter, der Allgemeinzustand bessert sich erheblich schneller als bei der subcutanen Injection. Der locale Process zeigt den gleichen Verlauf wie bei der subcutanen Injection. Bieten sich für die intravenöse Injection einmal Schwierigkeiten, dann wäre der subcutanen Injection die Einspritzung in die Glutaeen vorzuziehen, da von hier aus die Resorption nach Morgenroth schneller erfolgt als vom Unterhautzellgewebe aus. Zwar ist der geringe Carbolzusatz des Serums unschädlich, doch ist es bereits gelungen, auch carbolfreies Serum für den Handel herzustellen.

HECHT.

97) **Adolf Bingel** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Einwirkung einer intracutanen Injection von Diphtherietoxin auf die Haut und den Antitoxingehalt des Serums beim Menschen.** *Mit 1 Abb. Münch. med. Wochenschr. No. 26. 1909.*

Aus nicht näher angegebenen Gründen machte sich ein 30jähriger, bereits früher wegen Diphtherie mit Serum behandelter College an 2 nahe beieinander gelegenen Stellen des Unterarmes intracutane Injectionen von je $^1/_{10}$ cbm eines sehr hochwerthigen Diphtherietoxins. Es entstand ein rein toxisches Fieber, das nach 10 Stunden einsetzte, nach 24 Stunden seinen Höhepunkt erreichte und am 5. Tag wieder zur Norm abfiel. An der injicirten Hautstelle entstanden eigenartige, locale Veränderungen: Blasen- und Oedembildungen mit Auftreten von Gangrän, letztere jedoch nicht an den Injectionsstellen und deren näherer Umgebung, sondern mehr an entfernteren, peripher gelegenen Stellen. Daneben bestanden Anfangs Schmerzen, die durch das Oedem bedingt waren, denen später solche neuritischer Natur folgten. Auf Veranlassung Ehrlich's wurde von Neisser und Altmann der Antitoxingehalt des Serums des Patienten, dem bei Auftreten des Fiebers 2000 I.-E. Diphtherieantitoxin injicirt worden waren, geprüft. Während der höchste bisher beobachtete Antitoxingehalt bei einem Menschen 1 I.-E. pro Cubikcentimeter betrug, ergab die Untersuchung, dass das Serum des

Pat. 6 I.-E. pro Cubikcentimeter enthielt, das wohl als frisches Reactionsproduct der Diphtherietoxin-Injection aufzufassen sein dürfte. HECHT.

98) **Schultz** (Berlin). **Ueber die Bekämpfung der Diphtherie in den Schulen. Bemerkungen über die neuen Vorschriften zur Bekämpfung der Infectionskrankheiten in den Schulen.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. Bd. 69. 1909.*

Der Verf. tritt für die Errichtung von „Gesundheitsämtern“ ein, welche die nothwendigen Erhebungen über vorkommende Diphtherieerkrankungen anzustellen hätten, auch die Bacillenträger wären durch bakteriologische Untersuchung herauszufinden und unschädlich zu machen. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

99) **Ottersbach** (Köln a. Rh.). **Ein Fall von Diaphragma laryngis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. Heft 11. 1908.*

Mittheilung der Krankengeschichte; ätiologisch wird eine in der Jugend sich lange hinziehende Scharlach-Diphtherie als Ursache für den Kehlkopfbefund angesprochen. HECHT.

100) **Arthur Alexander** (Berlin). **Angeborene oder erworbene Stimmlippendefecte?** (Demonstration in der Berliner laryngologischen Gesellschaft. Sitzung vom 13. December 1907.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 190. 1908.*

Verf. stellt ein 20jähriges Mädchen vor, das stets heiser gewesen ist. Das Schreien als neugeborenes Kind soll stets mit kräftiger Stimme erfolgt sein. Beim Beginn des Sprechens aber war die Stimme bereits heiser.

Die Stimmlippen zeigen beiderseits in völlig reactionslosem Gewebe lefzenartige Defecte der freien Ränder. Die ätiologische Frage bleibt unentschieden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

101) **G. Spiess** (Frankfurt a. M.). **Ein gespaltenes Stimmband.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S 525. 1908.*

Bei einem 70jährigen Patienten, der sich wegen Heiserkeit vorstellte, wurde eine Spaltbildung der linken Stimmlippe festgestellt, die sich auf die vorderen Zweidrittel der Stimmlippe bezieht. Der median gelegene Theil derselben war von der Stärke eines dicken Fadens und machte bei jedem Versuche, einen Ton hervorzubringen, stark flottirende Schwingungen. Bei der Respiration legte er sich dem äusseren Theil des Stimmbandes dicht an, so dass der Spalt nicht mehr zu erkennen war.

Es handelt sich um ein zerfallenes und dann durch Jodkalium geheiltes Gummi. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

102) **S. Citelli** (Catania). **Zur Regeneration exstirpirter Stimmlippen. Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Prof. B. Fränkel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 20. S. 538. 1908.*

In Bezug auf den Verlust der Stimme nach Chordectomie sei, meint Verf., ein stimmloser aber canülenfreier Mensch sei besser daran, als ein canülentragender; im

Uebrigen sei eine vicariirende Funktion der Taschenlippen infolge Hypertrophie derselben zu erhoffen.

Verf. meint, wenn man mit passenden Instrumenten (Grünwald'sche Nasenzange) operire, ohne die umgebende Schleimhaut zu malträtiren, seien die besten Erfolge zu erwarten.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

103) **G. Spiess** (Frankfurt a. M.). **Die Bedeutung der Anästhesie in der Entzündungstherapie und ihre Nutzanwendung speciell bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 120. 1908.*

In den letzten Jahren hat Verf. bei Behandlung der Kehlkopftuberculose mit einer combinirten chirurgisch-anästhesirenden Methode sehr gute Erfolge gehabt. Diese kommt in allen den Fällen zur Anwendung, in denen es sich um Erosionen, ulceröse Processe handelt, in welchen stärkere Infiltrate, tuberculöse Tumoren bestehen.

Bei geringfügigen, geschlossenen Infiltraten und bei den Entzündungen ohne Epitheldefecte genügt eine nur anästhesirende Behandlung. Verf. ist nämlich der Ansicht, dass der bei jeder Entzündung bestehende primäre Dolor durch Reflex zu Exsudatbildung, Tumor etc. führe und dass daher durch Aufheben des Dolor die übrigen Erscheinungen der Entzündung beseitigt werden.

Den grössten Nutzeffect erreicht man durch submucöse Injectionen in jede beliebige entzündete Stelle im Larynx. Zu den Injectionen verwendet Verf. fast ausschliesslich Novocain 2—5 pCt., 1—2 ccm, in sorgfältig sterilisirter wässriger Lösung.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

104) **L. Laub** (Budapest). **Klinisch-statistischer Beitrag zur Frage der lateralen Correspondenz zwischen Kehlkopf- und Lungentuberculose und zur Frage, auf welchem Wege die Tuberculose in den Kehlkopf eindringt.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 58. 1908.*

Die Untersuchungen sind an der Lungenheilstätte Wilhelmsheim vorgenommen. Es handelt sich bei der Statistik nur um männliche Kranke. In 6,1 pCt. der Fälle von Lungenphthise war Kehlkopftuberculose vorhanden. Unter 114 Fällen von Kehlkopftuberculose waren 61 = 53,6 pCt. einseitig und 3 = 27,2 pCt. doppelseitig.

Von den 61 einseitigen Kehlkopftuberculosen sind 35 = 57,4 pCt. correspondirend mit der Lungenseite und 26 = 42,2 pCt. nicht correspondirend bezw. gekreuzt.

Von allen 114 sind Kehlkopfphthisen also 30,6 pCt. zugleich einseitig und correspondirend, 22,8 pCt. gekreuzt. Die Correspondenz zwischen Kehlkopf- und Lungentuberculose kann somit als Regel nicht betrachtet werden.

Da sich ein ganz bedeutend höherer Procentsatz bei Lungenkranken des III. Stadiums, wo gleichzeitig Kehlkopftuberculose besteht (72 pCt.), vorfindet, als bei der Gesammtzahl der Phthisiker des III. Stadiums ohne Kehlkopftuberculose (17 pCt.), und da 89 pCt. der mit Kehlkoptuberculose complicirten Fälle des III. Stadiums Tuberkelbacillen im Auswurf hatten, während bei der Gesammtzahl der Phthisiker im III. Stadium nur in 29 pCt. Tuberkelbacillen sich im Auswurf vorfanden, so

rechtfertigt dieses Ergebniss die Annahme, dass die Infektion des Kehlkopfs bei einem Lungenkranken vorwiegend durch das bacillenhaltige Sputum zu Stande kommt, ferner, dass die Schwere der Lungenerkrankung, hauptsächlich aber das Vorhandensein eines bacillenhaltigen Lungensputums für die Pathogenese der Larynxtuberculose von grosser Bedeutung ist.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

105) **Nils Arnoldson** (Stockholm). **Die Behandlung der Larynxtuberculose. (Om larynxtuberkulosens behandling.)** (Referat zur Discussion über die Behandlung der Larynxtuberculose in der Gesellschaft der schwedischen Aerzte am 6. April 1909.) *Hygiea. Mai 1909 eller Allmänna svenska Läkaretidningen. No. 24 und 25. 1909.*

Verf., der seit 2—3 Jahren sich mit der chirurgischen Behandlung dieser Krankheit beschäftigt hat, berichtet über seine Erfahrungen, die im Allgemeinen als sehr gute bezeichnet werden können. Nach einem kurzen Bericht über die Lage der Behandlung der Larynxtuberculose im Allgemeinen bei den Laryngologen spricht er über die gewöhnlichen Voraussetzungen für die Technik des endolaryngealen Eingriffes; als Anaestheticum hat Verf. 35—50procentige Cocainlösung mit Zusatz von Nebennierenextract gebraucht. Wünschenswerth ist es, in einer Sitzung so viel wie möglich von dem kranken Gewebe zu entfernen, die Blutung ist gering und hat als solche nach der Erfahrung des Verf.'s keine Bedeutung. Der Eingriff hat einen curativen und einen palliativen Zweck: im ersten Falle ist er indicirt bei begrenzter Ausbreitung der Krankheit im Larynx mit gutem allgemeinen Zustand und wenig entwickeltem oder stationärem Lungenprocess: die Stimmbänder zu schonen hält Verf. nicht für nöthg, theils weil die Function derselben durch die Krankheit unter allen Umständen gestört ist, theils weil Defecte hier sehr leicht regenerirt werden. Contraindicirt ist der Eingriff, wo Exitus nahe ist und wo totale oder sehr verbreitete Larynxtuberculose existirt, auch wenn die Lungen relativ wenig verändert sind. Bei Perichondritis ist nach der Meinung des Verf.'s die Aussicht auf Heilung sehr schlecht.

Der Eingriff beabsichtigt eine Begrenzung des Processes hervorzubringen und kann wohl nur ausnahmsweise zu einer anatomischen Heilung Veranlassung geben.

Die palliativen Eingriffe sind gegen Dysphagie und Dyspnoe gerichtet; im letzteren Falle ersetzen sie die Tracheotomie.

Seine Erfahrungen hat Verf. bei der Behandlung von 30 Fällen gesammelt; der objective Zustand vor und nach der Operation ist durch gute Zeichnungen demonstrirt.

Nach einer kurzen Erwähnung der extralaryngealen Eingriffe, mit denen Verf. sich nicht beschäftigt hat, gieb er folgende Zusammenfassung:

1. Der absolute Nihilismus in der Therapie und die schablonenartige Behandlung müssen einer vernünftigen activen Behandlung weichen.

2. Wenigstens die grössten Anstalten für tuberculöse Lungenkranke sollen mit solchen Aerztekräften und äusseren Einrichtungen ausgestattet sein, dass die Larynxkranken eine rationelle laryngologische Pflege obligatorisch erhalten können. Discussion.

E. STANGENBERG.



106) **Max Senator** (Berlin). **Kehlkopflupus. Erwiderung auf die Arbeit des Herr. Prof. Albert Rosenberg über „Primären Kehlkopflupus"** (in Fraenkel's Archiv. Bd. 20. Heft 3). *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 202. 1908.*

107) **A. Rosenberg** (Berlin). **Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Max Senator.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 204. 1908.*

108) **Max Senator** (Berlin). **Kurze Replik auf vorstehende Erwiderung des Herrn Prof. A. Rosenberg.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 205. 1908.*

Die Uebereinstimmung dreier Fälle legt Senator den Schluss nahe, dass bei maligne verlaufendem Allgemeinlupus der Kehlkopf nach Art der Tuberculose befallen wird. Rosenberg ist geneigt, die von Senator beschriebenen Fälle zu den „unreinen" zu zählen oder wenigstens zu den Ausnahmen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

109) **J. Cohen. Ein Fall von primärem Larynx- und secundärem Hautlupus.** *Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 151. 1909.*

Bis heute sind nach C. 29 Fälle von primärem Lupus des Kehlkopfs veröffentlicht. C. giebt die Krankengeschichte eines weiteren Falles: Der Lupus beschränkte sich bei der 17jährigen hereditär tuberculös belasteten Patientin vorerst auf den Kehldeckel. Amputation der Epiglottis; Heilung. Lungen normal. $^1/_2$ Jahr später Lupus des rechten Ohrläppchens; Fortschreiten des lupösen Processes im Innern des Kehlkopfes, lupöse Herde in den vorderen Gaumenbögen. Endresultat noch unbekannt.

OPPIKOFER.

110) **K. Kolb. Die Localisation des Krebses in den Organen in Bayern und anderen Ländern.** *Zeitschrift f. Krebsforschung. Bd. VIII. Heft 2. 1909.*

Unter 8777 krebskranken Männern 91 mit Krebs des Larynx, unter 11266 Frauen 26. Unter 288 Männern mit Sarkom 1 mal Localisation im Larynx, unter 300 Frauen keinmal.

FINDER.

111) **Tapia** (Madrid). **Chirurgische Behandlung des Kehlkopfkrebses. (Tratamiento guirurgico dal cancer de la laringe.)** *Vortrag im Institut Rubio. April 1909.*

Verf. beschreibt die einzelnen Operationsverfahren von der endolaryngealen Operation bis zur Totalexstirpation und giebt die für jedes Verfahren zutreffenden Indicationen, sowie die nach den verschiedenen Statistiken erzielten Resultate an.

Seine persönlichen Erfahrungen sind folgende: Thyreotomie, zwei Fälle, einer geheilt, ein Recidiv. Halbseitige Exstirpation, drei Fälle, zwei Heilungen, ein Recidiv. Totalexstirpation, drei Fälle, ein Exitus an Bronchopneumonie acht Tage post operationem, ein Todesfall zwei Monate danach an intercurrenter Krankheit, der letzte lebt noch — 20 Monate nach der Operation — ohne Anzeichen von Recidiv.

TAPIA.

112) **E. J. Moure** (Bordeaux). **Von dem Luftröhren-Schildknorpelschnitt bei Kehlkopfkrebs.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 207. 1908.*

Verf. bedient sich in geeigneten Fällen zur Operation des Kehlkopfkrebses

des Luftröhren-Schildknorpelschnittes, und zwar pflegt er seit December 1900 die Luftröhrencanüle gleich nach der beendigten Operation herauszunehmen, um den Kehlkopf-Luftröhrencanal vollständig zu nähen. So werden die früher fast in allen Fällen, wo die Canüle 8—10 Tage liegen blieb, aufgetretenen Bronchitiden und schweren Complicationen vermieden. Verf. führt bei der Operation in das Innere der Luftröhre entweder eine gewöhnliche Canüle ein, deren äussere Fläche auf ein Minimum beschränkt ist, oder eine von der Seite abgeplattete Canüle, die dazu bestimmt ist, die Luftröhrenwunde auf ein Minimum zu erweitern und sie infolge dessen minimal zu traumatisiren.

Der Luftröhrenschnitt darf erst dann gemacht werden, wenn die Stillung der Blutung der während der Operation zerschnittenen Gewebe gesichert ist.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

113) **Finder** (Berlin). **Beitrag zur endolaryngealen Behandlung des Kehlkopfkrebses.** *Charité-Annalen. XXXIII. Jahrg. 1909.*

Der erste auf endolaryngealem Wege von Finder operirte Fall mit Carcinom des vorderen Theiles der Stimmlippe zeigte sich bei neuerlicher Untersuchung: 2 Jahre und 7 Monate nach dem letzten Eingriff, völlig recidivfrei. Ein zweiter bisher noch nicht publicirter Fall betrifft einen 72jährigen Herrn, bei welchem Finder eine epitheliale Neubildung am linken Stimmband mit der Zange so gründlich entfernen konnte, dass $1^1/_2$ Jahre nach dem Eingriff eigentlich von der früheren Erkrankung resp. den Folgen der Operation nichts mehr zu sehen war. Ein Unicum stellt der dritte Fall vor, eine nunmehr 76 Jahre alte Frau betreffend, die von Scheinmann im August 1891 endolaryngeal von einem Carcinom der linken Stimmlippe operirt worden war. Jetzt erst, nach 18 Jahren, trat an derselben Stelle ein Carcinom von demselben histologischen Charakter auf. Trotz dieser günstigen Resultate stellt sich der Autor doch auf den richtigen Standpunkt, dass für die endolaryngeale Operationsmethode sich nur eine beschränkte Anzahl von Fällen eignen wird.

SEIFFERT.

114) **Capart jr. Zur Laryngofissur. (A propos de Laryngofissure.)** *La Presse Méd. Belge. No. 1. 1908.*

In der klinischen Gesellschaft der Brüsseler Spitäler, Sitzung vom 14. December 1907, erwähnt Capart im Anschluss an die Mittheilung Jouquet's in der vorhergehenden Sitzung einen Fall von tertiär-syphilitischer Larynxstenose, bei welchem beide Arytaenoidknorpel ankylosirt waren, und bei dem er vergeblich die Behandlung mit Glasröhren nach dem Vorgang von Mikulicz versucht hatte. Er erzielte aber die Heilung mit einer Hartkautschukröhre, welche der Kranke selbst durch die Trachealöffnung und den Larynx einführte. Dieselbe hatte an ihrem oberen Ende eine dreieckige Oeffnung, durch welche hindurch man beim Laryngoskopiren die Canüle erblicken konnte; im Anfange entfernte sie der Pat. beim Essen, später konnte er sie beständig ertragen; derselbe ist jetzt vollständig geheilt und spricht correct. C. fragt sich, ob man bei der Stenose des Larynx, die dem Chirurgen so viel zu schaffen macht, die seit langer Zeit in der Thierheilkunde für die Cornage der Pferde adoptirte Operation, welche in der Abtra-

gung eines Arytaenoidalknorpels nach einer bis in die kleinsten Details regulirten Methode besteht, nicht auch auf die Chirurgie des Menschen übertragen könnte, indem man das am meisten bewegliche Stimmband bestehen liesse, worunter die Phonation dann kaum zu leiden hätte.

BAYER.

115) **B. Fränkel** (Berlin). **Thyreotomie und Laryngofissur in Localanästhesie ohne allgemeine Narkose.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 338 1908.*

Verf. berichtet, dass er seit einem Jahre die Laryngofissur und die Thyreotomie ohne allgemeine Narkose, lediglich mit Localanästhesie ausführt. Zur Localanästhesie dient entweder die Schleich'sche Infiltrationsmethode und schwache Lösungen von Cocain-Adrenalin (1 pCt. mit 3 Tropfen) oder Einspritzungen von 10 proc. Cocainlösung (0,02 g Cocain) ev. mit Zusatz von Adrenalin.

Zur Schleimhautanästhesie dient nach Besprayung mit 1 proc. Cocainspray Bepinselung mit 20 proc. Cocainlösung. Nach Entfernung des Tumors ist die Blutung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gering; bei etwas stärkeren Blutungen gelingt es meist, durch Compression die Blutung zu stillen. Meistens kann die Wunde des Kehlkopfes und der Haut sofort wieder geschlossen werden, nur in Ausnahmefällen muss eine Canüle der Blutung wegen eingelegt werden.

W. SOBERNHEIM (KLEMPERER).

116) **D. Crosby Greene. Laryngotomie und Laryngectomie wegen Carcinom nebst Bericht über vier Fälle. (Laryngotomy and Laryngectomy for cancer with report of four cases.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 28. Januar 1909.*

Verf. spricht die Hoffnung aus, dass die Laryngotomie eine allgemeinere Anwendung finden möchte. Er operirt unter Cocain-Anästhesie und gibt vor der Operation zur Vermeidung des Shocks Atropin. Der Pat. liegt in horizontaler Lage, mit einem flachen Kissen unter den Schultern; ist der Larynx geöffnet, so wird Patient in extremste Trendelenburg'sche Lage gebracht und bleibt in dieser bis zum Schlusse der Operation. Verf. macht vor Durchtrennung der Schildknorpel die Tracheotomie. Das Larynxinnere wird von einer kleinen Incision in der Membrana hyo-thyreoidea aus cocainisirt. Nach Spaltung des Kehlkopfes, Ausräumung der Geschwulst und sorgfältigster Blutstillung werden die Knorpelplatten durch Silbernähte vereinigt, Muskeln und Haut in getrennten Schichten genäht und ein kleiner Gazestreifen in den unteren Wundwinkel gelegt. Patient wird nach der Operation zunächst rectal ernährt; das Fussende des Bettes wird hochgestellt.

LEFFERTS.

117) **A. Audibert. Beitrag zum Studium der partiellen und totalen Laryngectomie. (Contribution à l'étude de la laryngectomie partielle ou totale.)** *Diss. Bordeaux 1908.*

In der unter der Leitung von Moure entstandenen fleissigen Dissertation giebt A. vorerst einen geschichtlichen Ueberblick über die Entwickelung der Laryngectomie und bespricht dann eingehend die verschiedenen Operationsme-

thoden, die Indicationen und Contraindicationen, die Heilungsresultate. 17 Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

118) **J. W. Gleitsmann. Laryngectomie; Methode der künstlichen Hervorbringung der Stimme. (Laryngectomy; specimen. Method of artificial voice production.)** *The Laryngoscope. April 1909.*

Der Patient war ein 60jähriger Mann. Die Kehlkopfuntersuchung zeigte die linke Kehlkopfhälfte erfüllt von einer unregelmässig, anscheinend weichen Geschwulst, die sich unterhalb der Glottis nach unten erstreckte, und einem circumscripten erbsengrossen Tumor oberhalb des rechten Taschenbandes. Nur die linksseitige Geschwulst machte den Eindruck der Malignität; es wurde die Laryngotomie gemacht, die linke Seite gründlich ausgeräumt und das rechte Taschenband gleichfalls entfernt. Einige Wochen später zeigten sich bei der laryngoskopischen Untersuchung auch auf der rechten Seite irreguläre Geschwulstmassen, von denen einige endolaryngeal entfernt wurden. Es wurde die Totalexstirpation nach der Methode von Gluck gemacht; jedoch starb Patient am 7. Tage, wahrscheinlich an Lungenembolie.

Verf. schlägt vor, die laryngectomirten Patienten Uebungen vornehmen zu lassen, die auf die Hervorbringung der sogenannten Pseudo-Stimme hinzielen. Das erste Erforderniss für die Tonproduction ist die Schaffung eines künstlichen Luftbehälters. Die meisten Patienten lernen, sich dadurch eine Windlade zu schaffen, dass sie durch wiederholtes Schlucken Luft im Hypopharynx ansammeln. Dieser Luftbehälter befindet sich unterhalb eines Raumes, der willkürlich in Vibrationen versetzt werden kann und in dem mittels der von unten her ausgestossenen Luft ein Ton producirt werden kann.

EMIL MAYER.

119) **Arthur Lissauer** (Genesungsheim Hösel bei Düsseldorf). **Zur Technik der Kehlkopfbespiegelung mit Sonnenlicht.** *München. med. Wochenschr. No. 18. 1909.*

Autor empfiehlt die Bestrahlung mittels eines Hohlspiegels (Stirnreflector) durch den Arzt selbst vorzunehmen. Durch „die Concentrirung des Sonnenlichtes im Kehlkopfe ergiebt sich eine weit intensivere Bestrahlung bei kürzerer Zeit“. Diese Belichtung erzielt gleichzeitig eine active Hyperämisirung. Man darf die Toleranzgrenze des Patienten nicht überschreiten und muss möglichst die Schmerzgrenze bei der Bestrahlung vermeiden.

HECHT.

120) **C. Nyrop** und **Victor Lange. Eine Larynxzange.** *Hospitalstidende. No. 31. 1909.*

Beschreibt eine neue Zange.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

121) **Gereda** (Madrid). **Ein neues Kehlkopfmesser. (Un nuovo bisturi laringeo.)** *Revista Ibero Americana de ciencias médicas. October 1908.*

Beschreibung eines neuen sehr practischen Instruments.

TAPIA.



f. Schilddrüse.

122) **P. Cavatorti. Ueber die Structur der Schilddrüse. (Sulla struttura della ghiandola tiroida.)** *Il Morgagni. No. III. 1909.*

Verf. hat in Ergänzung früherer Arbeiten die Schilddrüsen von Personen untersucht, die aus Gegenden stammten, in denen der Kropf in verschiedenem Grade endemisch ist. Bei Personen aus der Mailander Gegend, wo der Kropf sehr verbreitet ist, ist in den Schilddrüsen ein viel grösserer Antheil von functionirendem Parenchym, als in der Gegend von Parma, die immun ist. FINDER.

123) **Rueda** (Madrid). **Kropf. (Bocio.)** *Archivo de oto-rino laringologia. No. 3.*

Mittheilung eines nach Kocher operirten Falles, an den Verf. klinische und physiologische Betrachtungen knüpft. TAPIA.

124) **A. Hamma. Ueber Morbus Basedowii.** *Dissert. Freiburg 1907.*

In dieser Arbeit werden eingehend die chemische Schilddrüsentheorie und die Berechtigung der Schilddrüsenoperation besprochen. OPPIKOFER

125) **Schaldemose. Ueber die operative Behandlung des Morbus Basedowii. (Om den operative Behandling af Morbus Basedowii.)** *Medicinsk Selskabs Forhandlinger. Hospitalstidende. No. 40. 1909.*

Mittheilung von 20 operirten Fällen von Morbus Basedowii. Von diesen starben drei. Der eine hatte schwere Basedowkachexie, grosse Struma mit Stenose, die zwei anderen hatten schwere Dilatatio cordis. Nach einer kürzeren Verschlimmerung der Basedowzufälle kommt in der Regel eine schnelle Besserung. Verf. meint, dass man immer die medicinische Behandlung erst versuchen darf und dann, wenn man keine Resultate davon bekommt, zur Operation schreiten soll.

SCHMIEGELOW (MAHLER).

126) **R. Krueger. Die chirurgische Behandlung der Basedow-Krankheit.** *Diss. Berlin 1908.*

Verf. stützt seine Erfahrung auf 11 Fälle der Bier'schen Klinik. Als zweckmässigste operative Methode empfiehlt K. die einseitige Unterbindung der Gefässe und gleichzeitige halbseitige Exstirpation der Struma. OPPIKOFER.

127) **Clarence A. Mc Williams. Morbus Basedow. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 3. April 1909.*

Verf. räth, in allen Fällen, bevor man eine Operation anräth, die Serumbehandlung nach Rogers und Beebe einzuleiten. Er beschreibt dann die verschiedenen Operationsverfahren und theilt einen Fall mit. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

128) **A. Skopnik. Ueber Epithelialcysten des Oesophagus.** *Dissert. München 1907.*

Der 2jährige Knabe war an rechtsseitiger Pleuritis im Anschluss an Kehlkopfdiphtherie gestorben. Bei der Section (Pathologisches Institut München) fand

sich im unteren Theil der Speiseröhre eine haselnussgrosse Blase (2 Abbildungen) mit etwas durchscheinender Wandung. Der Inhalt bestand aus einer trüben schleimigen Flüssigkeit, die mikroskopisch rundliche blasige gequollene Zellen und hohe cylindrische Epithelien mit deutlichem Flimmerbesatz enthielt. Die Innenfläche der Cyste war vollkommen glatt und trug ein cylindrisches bis cubisches Epithel, kein Plattenepithel. Unter dem Epithel liess sich eine dünne Schicht von lockerem Bindegewebe nachweisen; die äussere Hülle bestand grösstentheils aus glatten Muskelelementen. Gegen den Oesophagus zu war die Cyste vollkommen abgeschlossen; zwischen der musculösen Umhüllung und der Speiseröhre lag etwas lockeres Bindegewebe.

Berücksichtigung der spärlichen Literatur (8 Fälle). Die Genese der Oesophaguscysten wird eingehend besprochen: Die mit Flimmerepithel ausgekleideten Cysten des Oesoghagus sind als Entwicklungsanomalien aufzufassen.

OPPIKOFER

129) **Ewald** (Berlin). **Demonstration eines Röntgenbildes von Stenose der Speiseröhre.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. S. 377. 1908.*

Bei einem 39jährigen Mann mit einer Undurchgängigkeit 35 cm hinter den Schneidezähnen war die Sondirung in den Magen nur möglich, wenn man die Sonde ganz an die linke Innenwand des Oesophagus hielt. Ein Röntgenbild von hinten rechts nach links vorn nach Füllung mit Kartoffelbrei-Wismuth veranschaulicht, wie der Oesophagus auf der linken Seite gerade herunterläuft in eine Stenose. Darüber befindet sich nach rechts eine starke Ausbuchtung, das Divertikel. Ursache: Carcinom.

ALBANUS.

130) **Zuberbühler** (Moskau). **Die Elektrolyse bei narbiger Verengerung des Oesophagus.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 16. 1908.*

Der Verf. empfiehlt gegen narbige Verengungen des Oesophagus Elektrolyse mit nachfolgendem vorsichtigen Bougiren. Eine Kranke, die 17 Jahre lang an einer narbigen Strictur nach Scharlach litt, und ebenso eine Kranke, die eine narbige Verengung durch Verätzung mit Liquor ammonii caustici spirituosus bekommen hatte, wurden soweit gebracht, dass sie feste Nahrung zu sich nehmen konnten.

ALBANUS.

131) **Rewidzoff** (Moskau). **Ueber eine bis jetzt noch nicht beschriebene Erscheinung, die bei chronisch verlaufenden Stricturen der Speiseröhre beobachtet wird.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 15. 1908.*

Bekanntlich können beim Schlucken von Flüssigkeiten mittelst der Auscultation in einer bestimmten Speisenröhrengegend, und zwar hinten — bei der Wirbelsäule und auf dem Niveau der 9., 10. Rippe oder vorne — beim Processus xyphoïdeus des Sternums zwei Geräusche festgestellt werden.

Verf. hat nun ein Phänomen bei dieser Auscultation bei Patienten mit Speiseröhrenstrictur beobachtet, welches dadurch begründet ist, dass oberhalb einer Stenose ein Rest einer Schluckmenge einer getrunkenen Flüssigkeit zurückbleibt. Das Phänomen besteht darin, dass auscultatorisch nach dem ersten Schluck bei wiederholten Leerschlucken dieselben Geräusche hörbar wurden. ALBANUS (ZARNIKO).

132) **Guisez. Unpassirbare Narbenstenosen des Oesophagus und Oesophagoskopie.** *Annales des mal. de l'oreille. T. XXXV. No. 9.*

Zusammenstellung von 35, theils ganz verzweifelten Fällen von unpassirbaren Narbenstenosen der Speiseröhre, die vom Autor auf ösophagoskopischem Wege behandelt und grösstentheils (28 Fälle) geheilt worden sind, mit nur 4 Todesfällen. Guisez hat Anfangs die interne Oesophagotomie gemacht. In letzterer Zeit wendet er ausschliesslich die circuläre Elektrolyse an, für die er ein eigenes Instrument angegeben hat. Den Gebrauch von Thiosinamin hält Guisez für gefährlich, weil dasselbe durch Auflockerung des parietalen Narbengewebes der Perforation des Oesophagus Vorschub leistet.

LAUTMANN.

133) **A. Martin** (Barcelona). **Die Oesophagoskopie und die Spasmen des Oesophagus. (La esofagoscopia y los espasmos del esofago.)** *Revista barcelonesa de enfermedadas de la garganta. No. 15.*

Verf. beschreibt 3 Fälle von Spasmen, wo die klinischen Erscheinungen auf Malignität deuteten; erst die Oesophagoskopie machte die Diagnose sicher.

TAPIA.

134) **Botey** (Barcelona). **Klinische Bemerkungen zur Oesophagoskopie. (Casuistica esofagoscopica.)** *Archivos de rinologia. No. 156.*

1. Schnalle im Brusttheil des Oesophagus bei einem 14 Monate alten Kind. Tod.

Ein Arzt machte blindlings Extractionsversuche. Acht Tage später machte Botey die Oesophagoskopie und konnte das Rohr bis zur Cardia schieben, ohne den Fremdkörper zu finden. Jedoch glaubte er in dem Moment, wo das Rohr die Sternalgegend passirte, eine Resistenz zu fühlen. Die Radioskopie ergiebt, dass der Fremdkörper noch vorhanden ist. Botey will eine neue Oesophagoskopie machen, aber das Kind bekommt Fieber (39°) und Emphysem am Hals. Exitus infolge Herzschwäche.

2. Knochen im Oesophagusmund; Extraction mittelst Hypopharyngoskopie.

TAPIA.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Blumenfeld** (Wiesbaden), **Specielle Diätetik und Hygiene der Lungen- und Kehlkopf-Schwindsüchtigen.** Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin 1909, A. Hirschwald.

Die Erfahrungen, welche der Verf. in mehrjähriger Thätigkeit an der Heilanstalt Falkenstein im Taunus zu sammeln Gelegenheit hatte, konnte er ergänzen und vervollkommnen in einer langjährigen specialistischen Thätigkeit. Die erste im Jahre 1897 erschienene Auflage, die auf das Freundlichste begrüsst wurde (s. d. Blatt, 1898, S. 225), ist in wesentlicher Form vermehrt und umgearbeitet und wird, wie die erste, sich viele Freunde erwerben. Der Werth dieses Büchleins liegt nicht darin, dass der Verf. etwa alle seit dem Erscheinen der ersten Auflage

empfohlenen Nährpräparate anführt oder kritisch bespricht, sondern dass er für die Diätetik bestimmte Grundsätze aufstellt, die eine sichere Basis für das therapeutische Handeln auf dem Gebiete der Ernährungstherapie geben sollen. Ausser der Ernährungslehre sind natürlich auch die wichtigsten Fragen der Körperpflege, die Therapie einzelner Krankheitserscheinungen und Complicationen, die klimatische und psychische Behandlung, die Beziehungen des Berufes zu der tuberculösen Erkrankung und das Geschlechtsleben besprochen. In seinem Anhang finden sich noch spezielle diätetische Vorschriften und eine Tabelle zur Berechnung der Nährwerthsumme (nach Brechte). Seifert.

---

b) 81. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Salzburg.

XXIII. Abtheilung: Hals- und Nasenkrankheiten.

I. Sitzung Montag, 20. September 1909.

Vorsitzender: O. Chiari (Wien).

O. Kren (Wien): Ueber Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle bei einigen Dermatosen.

Während die Ophthalmologie, die Rhino-Laryngologie und die Otiatrie schon lange von der allgemeinen Medicin als specielle Fächer abgetrennt worden sind, ist die Stomatologie noch nicht zu einem selbstständigen Specialfach ausgebildet. Durch die Praxis ist eine gewisse Auftheilung dieses Grenzgebietes an die Laryngologen, Chirurgen und Dermatologen erfolgt. Um die gegenseitige Ergänzung der Kenntnisse zu fördern, beschäftigt sich Vortragender seit einigen Jahren mit dem Studium der Schleimhautläsionen bei Dermatosen. Um so freudiger folgt er deshalb der Aufforderung, einen Theil seiner Sammlung der Mundhöhlenerkrankungen der Abtheilung für Laryngologie vorführen zu können. Das Studium der Hautkrankheiten in ihrer Schleimhautläsion ist wegen verschiedener Momente schwierig; die bei vielen Hautkrankheiten oft maasgebenden Farbennuancierungen sind viel weniger deutlich. Die Einförmigkeit des Baues der Schleimhaut und die stete Maceration der entstandenen Efflorescenzen durch den Speichel, bringen im Aussehen der verschiedenen Primärläsionen eine gewisse Monotonie zu Stande, welche die Diagnose um so schwieriger werden lässt. Trotzdem ist es auch hier durch langjährige Uebung möglich, gewisse Kenntnisse zu erwerben und schliesslich auch Hauterkrankungen zu diagnosticiren, welche bloss auf der Schleimhaut localisirt sind. An der Hand von 50 bis ins feinste Detail ausgeführten Aquarellen von dem Wiener Maler Jacob Wenzl bespricht nun der Vortragende die Symptome und Differentialdiagnose des Erythema multiforme, Erythema urticatum, gewisser toxischer Erytheme und des Pemphigus. Von den weiteren Entzündungen werden noch Lichen ruber planus und Lupus erythematodes in zahlreichen Bildern demonstrirt. Von Acanthosis nigricans und Xeroderma pigmentosum werden ebenfalls einige Bilder projicirt und in kurzen Zügen das betreffende Krankheitsbild entworfen. Genauer geht der Vortragende auf die Betheiligung der Schleim-

haut bei Sklerodermie ein, die ebenfalls in zahlreichen Bildern vorgeführt wird. Die Sklerodermie ist eine Erkrankung, die fast regelmässig die Mundhöhle und besonders die Zunge befällt, was bis nun von allen Autoren geleugnet wurde. In den grösseren Arbeiten und Monographien über Sklerodermie findet man stets Angaben der besonders grossen Seltenheit der Schleimhauterkrankung. Nach Lewin und Heller, nach Notthafft wären es nur einige Procente, in welchen man eine Mitbetheiligung der Schleimhaut am sklerodermatischen Process vorfindet.

Durch sorgfältiges Studium dieser Erkrankung am reichen Materiale der Wiener Klinik hat sich jedoch erwiesen, dass diese Meinung fallen gelassen werden muss. Der Vortragende bespricht nun die an sich allerdings oftmals recht unscheinbaren, aber im späteren Verlaufe schwer störenden Krankheitserscheinungen an der Schleimhaut und Zunge, die durch die blosse Functionsstörung allein schon erkannt werden kann. Ferner werden noch Abbildungen gewisser Missbildungen, die Haut und Schleimhaut oft gleichmässig treffen, demonstrirt.

Naevus Pringle, Neurofibromatosis Recklinghausen und multiple Teleangiectasien sind hier die relativ am häufigsten in Betracht kommenden Affectionen. Schliesslich demonstrirt der Vortragende noch Xanthome bei Diabetes, auf der Schleimhaut localisirt, in Knoten- oder Streifenform, sowie einige Bilder von Sarcoma idiopathicum Kaposi, das in grossen und kleinen Knoten, wie in flachen Infiltraten die Schleimhaut befällt.

O. Chiari (Wien): Ueber Blutungen aus den oberen Luftwegen mit Ausnahme der Nase.

Chiari lässt die Nasenblutungen weg, weil dieselben schon so vielfach nach allen Seiten eingehend erörtert wurden. Auch bringt er nur Erfahrungen aus seiner Klinik und seiner Privatpraxis und berücksichtigt nur jene Fälle, welche nicht der grossen Chirurgie angehören.

Blutungen aus dem Nasenrachenraum wurden spontan nur bei Angiofibromen, Sarkomen und Carcinomen beobachtet. In schweren Fällen musste die Belloc'sche Tamponade angewendet werden. Zur Vermeidung von Blutungen und Nachblutungen infolge der Adenotomie wird die genaueste Untersuchung des Patienten auf alle zu Blutung neigenden Erkrankungen zur Pflicht gemacht. Bei jährlich 800 Adenotomien in der Klinik kamen in nahezu 9 Jahren nur 6 stärkere Nachblutungen vor, welche aber theils spontan, theils nach Belloc'scher Tamponade aufhörten.

Blutungen aus dem Rachen und dem Isthmus faucium kamen bei zerfallenen Neubildungen manchmal zur Beobachtung. Stillung durch Eispillen oder Galvanokaustik. Näher wird eingegangen auf die seltenen Fälle schwacher, aber oft sich wiederholender Blutungen aus ausgedehnten Venen, über welchen katarrhalische Erosionen liegen. Sie ängstigen den Patienten, weil sie Lungenblutungen vortäuschen, welche auch öfters in ähnlicher Weise beginnen. Genaue Untersuchung der Lunge, welche ja gewöhnlich der Ursprungsort solcher Blutungen ist, sowie aller oberen Luftwege, auch der Nase, des Gaumens, des Zahn-

fleisches, des Zungengrundes, ist unbedingt nöthig. Heilung durch galvanokaustische Verätzung der arrodirten Vene. Schliesslich werden zwei Fälle von Angiomen des harten Gaumens beschrieben, welche auch Lungenblutungen vortäuschten, sehr schwer zu finden waren und durch Aetzung geheilt wurden.

Blutungen nach der Tonsillotomie. Bei jährlich 600 solcher Tonsillotomien kam es in 9 Jahren zu keiner tödtlichen, wohl aber 27mal zu recht bedrohlichen Blutungen. Meistens waren es spritzende Arterien des Gaumenbogens. Die Blutstillung gelang theils durch Eispillen, theils durch Galvanokaustik, am häufigsten durch das Tonsillencompressorium, welches bis zu 12 Stunden liegen blieb. Chiari warnt vor Tonsillotomie bei Menschen über 45 Jahren, bei frischer Entzündung der Mandeln und bei allen zu Blutungen disponirenden Erkrankungen. Ueber die Tonsillectomie hat Chiari nur sehr unbedeutende Erfahrung.

Blutung nach Incision von peritonsillären Abscessen. Eine gefährliche Blutung beobachtete Chiari nur einmal bei einem jungen, an Masern erkrankten Privatpatienten. Nach Incision an der gewöhnlichen Stelle trat Blutung aus einer Vene des vorderen Gaumenbogens auf, welche durch Umstechung gestillt wurde. Es werden auch die nothwendigen Vorsichtsmaassregeln bei der Incision solcher Abscesse erörtert.

Blutungen aus dem Kehlkopfe kamen nie in gefahrdrohender Weise vor, ausser bei zerfallenden Carcinomen, doch konnten auch diese durch galvanokaustische Aetzung oder Betupfung mit Wasserstoffsuperoxydlösungen beherrscht werden. Sonst kam nie, weder spontan, noch auch nach intralaryngealen Operationen, noch auch nach Geschwüren oder Quetschungen eine gefahrdrohende Blutung zur Beobachtung. Interessant war ein Fall von spontanen, geringen Blutungen aus einer Erosion in der Gegend des Ringknorpels; diese Erosion konnte erst nach öfterer directer Tracheoskopie aufgefunden werden und wurde unter Leitung des Kehlkopfspiegels verätzt. Heilung.

Blutungen aus der Trachea wurden bei Carcinom spontan oder auch nach tracheoskopischer Exstirpation von Carcinom oder Cylindrom beobachtet, waren aber leicht zu beherrschen. Einige Fälle von Durchbruch eines Aneurysmas in die Trachea führten natürlich zur Verblutung.

Discussion:

Nadoleczny (München) verweist auf die Arbeit eines englischen Autors in den Archives of Laryngology, der sich der Mühe unterzogen hatte, sämmtliche Fälle von Blutungen bei Supratonsillarabscessen etc. zusammenzustellen und zu klassificiren. Nach Incision von anderer Seite sah Redner bei einer älteren Dame zwei Nachblutungen, die beide bei Nacht und spontan am 3. und 4. Tage nach dem Eingriff aufgetreten waren und spontan standen. Eine merkwürdige Blutung ohne vorhergegangenen Eingriff bei einer 60jährigen Patientin nach überstandener Diphtherie kam von der seitlichen Rachenwand hinter dem Gaumenpfeiler etwa 1—2 cm oberhalb des Gaumensegelrandes, recidivirte mehrmals täglich während einer Woche und stand schliesslich — ob post hoc oder propter hoc ist fraglich — nach der von chirurgischer Seite vorgenommenen Retronasaltamponade. Patientin

machte darauf eine hypostatische Pneumonie durch und starb infolge einer Nephritis, deren Vorhandensein zur Zeit der Blutung nicht nachweisbar war. Bei einem 6jährigen Mädchen trat schliesslich nach glatt erfolgter Adenotomie mit Schütz'schem Instrument in der Nacht vom 5. zum 6. Tage eine starke Blutung auf, die auf Suprareninspray stand und nicht mehr wiederkam. Die spätere postrhinoskopische Untersuchung ergab einen ganz kleinen Rest am oberen (nicht unteren) Wundrand, der livid verfärbt war, wie es Stegmann im 21. Band vom Archiv of Laryngology angiebt. Schliesslich fragt N. an, ob der Vortragende Nachblutungen nach Schlitzung von Tonsillentaschen gesehen habe, wie sie ihm zweimal vorkamen, und zwar bei weiblichen Patienten einmal von 24stündiger, einmal von 12stündiger Dauer. Blutstillung durch Injection von Suprarenin in das Tonsillargewebe. Auf Anfrage des Vortragenden, warum er ein Gegner der digitalen Untersuchung auf Rachenmandelhyperplasie sei, erwiderte er, dass ihn hiervon hauptsächlich der psychische Effect der Untersuchung bei Kindern abhalte. Solcherweise untersuchte Kinder sind nachher kaum mehr zu untersuchen und zu behandeln. Deshalb sollte man immer postrhinoskopisch oder eventuell nach Anwendung von Suprarenin von vorne den Nasenrachenraum untersuchen und die digitale Methode auf die wenigen Fälle beschränken, deren Untersuchung anders nicht möglich ist.

Grünwald (Reichenhall-München): Die Vortäuschung von Hämoptoe durch Retronasalblut erfolgt in der Weise, dass das Blut entlang der Plica salpingopharyngea direct, wie in einer Rinne, unter die Plica ary-epiglottica zur Rima interarytaenoidea fliesst, ein Weg, den auch das Secret einschlägt und den man oft aufs genaueste beobachten und dadurch den Ursprung nachweisen kann. Dass die nach Stichelung eines Supratonsillarabscesses erfolgte Blutung nicht auf die Operation an sich zurückzuführen ist, ist im berichteten Falle klar; weniger verständlich, wie die von J. Killian und Grünwald angegebene Sondeneröffnung dieser Abscesse noch immer nicht durchgedrungen ist, obgleich mit diesem Verfahren die Coupirung der Entzündung gelingt, auch bevor noch Eiter sich deutlich gebildet hat. Seltene Ursachen von Blutungen sind solche wie Arteriosklerose in dem seiner Zeit berichteten Fall mit tödtlichen Ausgang nach der Abtragung eines Stimmbandpolypen, ferner septische Gefässlähmung bei Diphtherie, so dass die Blutung nur durch Compression mit den unpermeablen Penghavar Dijambi-Tampons gestillt werden konnte. Auch bei galvanokaustischer Zerstörung eines Sarkoms und bei Tuberculose im Kehlkopfe hat Grünwald Blutungen erlebt, zu deren Stillung bei Sarkom einmal sofortige Laryngofissur mit Tamponade nöthig wurde. Für letztere Eventualität hat sich die Compression der Art. thyreoidea sup. mittelst der auf dem I. internationalen Laryngologen-Congresse angegebenen Handgriffe jedesmal als wirksam erwiesen. Aneurysmen der Art. palat. ascend. sind noch fast jedesmal für Abscesse angesehen und angeschnitten worden, natürlich mit der Wirkung starker Blutung. Die Diagnose ist nämlich nicht leicht, da die Schleimhaut unverändert und Pulsation meist minimal ist. Ueber die erste Beobachtung dieser Art wurde seiner Zeit (1872) berichtet. Die neuerlich empfohlene Serumanwendung hat sich in einem Falle mit unstillbarer post-

operativer Nasenblutung als sehr wirksam erwiesen, so dass sie neuerlich zur Nachprüfung empfohlen werden kann.

G. Goldschmidt (Reichenhall): Unter den Tonsillotomien meiner Praxis erlebte ich bei einem 12jährigen Mädchen eine furchtbare Blutung. Dieselbe trat erst mehrere Stunden nach der Operation auf. Ich wurde zu einer angeblichen Magenblutung Nachts gerufen. Ich bestrich die blutende Wunde mit Adrenalin und die Blutung stand sofort. Seit dieser Zeit pflege ich jeder blutigen Operation in den oberen Luftwegen Adrenalinbepinselungen folgen zu lassen und habe dies nicht zu bedauern gehabt.

Th. S. Flatau (Berlin): Wie wichtig die Berücksichtigung des allgemeinen Status ist, beweist ein Fall von obturirenden Nasenpolypen bei einer hämophilen Patientin, wo F. die Operation ablehnte; sie wurde dann anderwärts operirt — mit tödtlicher Verblutung. F. hat auch mehrfache Unterbindungen von spritzenden Arterien nach der Tonsillotomie machen müssen, was ja der einfachste und sicherste Weg ist. F. erwähnt dann noch einige Fälle von Lungenblutungen bei larvirtem Keuchhusten und diejenigen nach stimmlichen Anstrengungen bei Sängern und Sprechern.

A. Heindl (Wien): Was die Blutungen nach Adenotomie aus Nase und Nasenrachenraum anbelangt, so hat Vortragender die Bemerkung gemacht, dass sie meistens dann erfolgte, wenn mit Zangeninstrumenten gearbeitet und der Vomer verletzt wurde. Dort läuft die Arterie und findet der Vomer eine häufige Fortsetzung über das Rachendach, so wird auch dort die Arterie noch mit dem Beckmann'schen oder anderen Messern erreichbar. Redner pflegt aber, wenn möglich, sich vor der Operation durch Digitaluntersuchung über die Anatomie des Nasenrachenraumes zu orientiren.

Was den Fall einer Blutung nach Incision eines Peritonsillarabscesses anbelangt, so wurde die Incision vom Redner gemacht. Die Blutung erfolgte, weil Morbillen und die anderen infectiösen acuten Exantheme immer mit Gefässparalyse resp. Herabsetzung des Gefässtonus einhergehen. Wenn es zu vermeiden gewesen wäre, hätte Redner auch in diesem Falle den operativen Eingriff nicht vorgenommen.

O. Kahler (Wien) berichtet über einen Todesfall nach Tonsillotomie, der auf Combination eines compensirten Vitium cordis mit Status lymphaticus zurückzuführen war. Nachblutung war nicht aufgetreten.

Chiari (Schlusswort) erklärt, dass er Killian's Methode der Eröffnung der Peritonsillitis durch die Fossa supratonsillaris oft versuchte, aber nur selten in den Eiterherd gelangte. Das Adrenalin vor der Tonsillotomie ist nicht angezeigt, weil es die Blutgefässe für 3 Stunden contrahirt; man kann dann unmittelbar nach der Operation eventuell gar keine Blutung finden, während sie 3 Stunden später beginnt. Chiari ist für digitale Untersuchung vor der Adenotomie, weil sie Aufschluss giebt über alle Verhältnisse und namentlich über bedeutendes Hereinragen der Tubenwülste. Diese könnten sonst durch ein breites Adenotom verletzt oder theilweise abgetragen werden. Chiari beobachtete zwei solche Fälle ohne Nachtheil für das Ohr (einen eigenen und einen fremden). Eine Infection durch den Finger wird vermieden durch Desinfection des Fingers und Anwendung

eines sterilen Fingerlings. Nach Schlitzung der Mandellacunen beobachtete Ch. nie eine nennenswerthe Blutung.

O. Kahler (Wien): Klinische Beiträge zur Oesophagoskopie und Bronchoskopie.

Der Vortragende bespricht zunächst die an Hofrath Chiari's Klinik geübte Technik der Oesophagoskopie und die bei der Behandlung der Fremdkörper der Speiseröhre erzielten Erfolge. In den letzten acht Jahren konnten 89 Fremdkörper durch das Oesophagoskop gesichtet werden, 81 mal gelang die Extraction durch das Oesophagoskop, in 8 Fällen wurden die Fremdkörper gelockert und glitten in den Magen. Nach kurzer Besprechung der tracheo-bronchoskopischen Fremdkörperfälle (16 gelungene Extractionen) erörtert Redner die Bedeutung der Bronchoskopie für die interne und die chirurgische Klinik. Angeregt durch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen Prof. Stoerk's konnte er bronchoskopisch in Fällen von Mitralstenose erhebliche Verengerungen des linken Bronchus constatiren, die durch den vergrösserten linken Vorhof verursacht wurden. Durch das Bronchoskop konnte in zwei Fällen von Aortenaneurysmen und in einem Falle von Mediastinaltumor ein fast vollständiger Trachealverschluss constatirt werden; dadurch war die Indication zur Anlegung einer Bronchusfistel (nach dem Vorschlage Gluck's) gegeben. In dem einen Falle konnte die Auffindung eines grösseren Bronchus dem Chirurgen durch das während der Operation eingeführte bronchoskopische Rohr erleichtert werden. In allen Fällen besserte sich die Dyspnoe nach der Operation, doch überlebte die Patientin dieselbe nur um kurze Zeit (bis zu vier Tagen).

A. Heindl (Wien): Bronchoskopische Mittheilung.

Vortragender bespricht einen Fall von Stenosirung der Trachea durch einen in der Gegend des dritten Trachealringes von links und rückwärts hineindrängenden Tumor mit glatter gut vascularisirter Schleimhautoberfläche, dessen Natur und Grösse er durch die directe Tracheo-Bronchoskopie feststellen wollte, wobei Pat. eine plötzliche Asphyxie erlitt, welche nur durch sofortige Vornahme der Tracheotomie behoben werden konnte. Der Tumor war ein durch Druck und Zug an der Trachea Volumsschwankungen unterliegender cystoid degenerirter Antheil einer Struma, welche von rückwärts und seitwärts her die Trachea comprimirte. Ausserdem stellte sich später heraus, dass die chondromalacisch veränderte vordere Trachealwand aspirirt worden war. Auch fand sich ein substernaler zweiter Knoten, der sich später entwickelt und die vordere Wand eingedrückt und erweicht haben dürfte, da der Patient später wieder asphyktische Anfälle erlitt und 4 Monate nach der Tracheotomie in der Nacht einem Anfalle cardialer Dyspnoe, trotzdem er die Canüle trug, erlag. Daraus zieht Vortragender folgende Schlüsse: 1. Dass man, wie Killian schon erwähnte, derlei Untersuchungen, wenn es sich um Stenosen der Trachea oder der grossen Bronchien handelt, nur vornehmen soll, wenn zur Tracheotomie vorbereitet ist oder, wie Autor vorschlägt, in der Narkose, um den Widerstand des Patienten, seine Muskulatur und die leichte Erregbarkeit des Athmungscentrums auszuschalten. 2. Dass man bei Stenosen, bedingt durch Narben oder Geschwülste, besonders wenn diese von aussen kommen, immer

mit einer partiellen oder allgemeinen Erweichung der Trachealwand zu rechnen haben wird und deswegen schon die obige Forderung aufrecht bleiben muss. 3. Mehr als die harten, derben Geschwülste (Carcinom, Drüsentumoren) kommen als Hinderniss für die directe Tracheo-Bronchoskopie die durch Druck und Zug der Muskulatur, durch venöse Stauung vom Cor aus leicht einer Volumsveränderung unterliegenden cystischen und blutreichen Geschwülste in Betracht, wozu in erster Linie die Strumen zu zählen sind. 4. Nimmt die Stenose während der Untersuchung zu, so darf das Rohr nicht den Rückweg antreten, sondern muss tiefer geführt werden, resp. liegen bleiben, bis die Tracheotomie vollzogen ist. 5. Die Erweichung der Trachealwand wird Axendrehung und Aspiration häufig zur Folge haben. 6. Dass viele Asphyxien mit aber auch ohne Stenosirung der Trachea auf Rechnung der erworbenen oder habituellen Weichheit derselben zu setzen sind und durch Zug und Aspiration infolge forcirter Athmung zu Stande kommen. a) Erworben kann sie sein durch Geschwülste in- und ausserhalb der Trachealwand gutartiger und bösartiger Natur, durch acute und chronische Entzündungen (durch Syphilis und andere dyskrasische Allgemeinerkrankungen, durch Narben und Canülendruck [Pieniaczek]). b) Habituell kann sie sich finden bei Anämie und Unterernährung (hereditäre Lues), besonders aber im Kindesalter, daher auch hierbei häufig die bedrohlichen Erscheinungen bei Pertussis etc.

II. Sitzung Dienstag, 21. September 1909.

Vorsitzender: Th. S. Flatau (Berlin).

Th. S. Flatau: Zur Behandlung der phlegmonösen Angina.

Jeder erfahrene Practiker wird zugeben, dass in der poliklinischen und auch in der privaten Therapie der phlegmonösen Angina die Situation für uns Aerzte im Leben nicht so einfach ist, wie es nach dem chirurgischen Satz: „Ubi pus ibi evacua“ scheinen könnte. Weder ist immer die Localisation des phlegmonösen Processes an den einzelnen Stellen des lymphatischen Rachenringes so deutlich, dass Täuschungen bei der Incision ausgeschlossen sind, noch sind die klinischen Zeichen der Differenzirung und Fluctuation immer so eindeutig, dass der berechtigten Incision auch wirklich immer eine Entleerung des Eiters folgt. Wenn nun auch die Erwägungen mancher Lehrbücher zutreffen mögen, dass auch eine solche Incision, um eine Entspannung herbeizuführen, willkommen sei, so wissen wir doch, dass die nicht zu unterschätzenden Qualen unserer Patienten in diesem Falle recht wenig günstig beeinflusst werden. Der Hungerzustand bleibt bestehen und zu den wüthenden Schmerzen des phlegmonösen Processes summirt sich der Wundschmerz. Auch wird das Vertrauen zu dem Therapeuten nicht gehoben. Wenigstens habe ich häufig in meinem Ambulatorium so vorbehandelte Patienten gesehen, die aus der Behandlung ihrer Aerzte weggeblieben waren. Nicht zum wenigsten fallen unter diese Kategorie der Enttäuschten diejenigen, die gewöhnt sind, ein- oder mehrmals von solchen Phlegmonen befallen zu werden. Manche Collegen sind von der frühen Incision ganz und gar abgekommen. Sie warten nach der Väter Sitte unter Verwendung von Hitze und Grütze die grosse Prominenz und Fluctuation ab und incidiren spät.

Aber auch diese Methode, bei der die Qual des Patienten vermehrt wird und der Inanitionszustand recht übel wirkt, hat noch eine besondere, ihr innewohnende Gefahr, die sich gerade mit der Spätincision verbindet, das ist die Arrosion der Arterienwand. Ich habe einen solchen Fall bei einem 4jährigen Kinde in meinem Ambulatorium erlebt. Bei einer grossen phlegmonösen, fluctuirenden Verschwellung, die keine besondere Pulsation zeigte, wurde die übliche Incision gemacht mit sofortigem Exitus durch Carotisblutung. Der unglückliche Ausgang vollzog sich in weniger als einer Secunde, ehe man an Compression denken konnte. Von jeher war es wohl der Wunsch der Therapeuten, eine coupirende Methode der Behandlung zu besitzen, wobei schon in den Frühstadien eine Rückbildung des Processes bewirkt werden sollte. Eine sehr einfache Behandlungsmethode, die ich seit vielen Jahren ausübe, bezweckt, wie sich aus den folgenden Ausführungen ergeben wird, nicht der Incision und Entleerung des Secretes auszuweichen, aber sie macht sie in der That oft unnöthig, weil sie einen Stillstand und eine Rückbildung des Processes bewirkt. Die Behandlung setzt sich aus zwei Eingriffen zusammen, von denen der eine eben jenen Stillstand durch Rückbildung des Processes selbst zu bewirken versucht, der andere die etwa dort nothwendige Entfernung des Secretes sicher und gefahrlos zu gestalten bestrebt ist. Jene Absicht erfüllt die dem Sonderzweck angepasste Stauung; sie wird ausgeführt durch einen einfachen Apparat, bei dem je nach dem Sitze des Processes die Stellen der seitlichen Halsgegend nach oben bis zur Umgebung der Ohrmuschel, nach unten und vorne bis zum Ansatz der Kopfnicker in der Weise behandelt werden, dass eine besonders energische und langdauernde Durchströmung der Hauptpartien unter dem Stauglase erzeugt wird. Hierzu dient ein Apparat, dessen Glastheil ein oben geschlossenes Zuflussrohr enthält, das nur an einer Seite eine Oeffnung besitzt. Auf ihr sitzt ein kegelförmiger Gummistopfen, der ebenfalls eine seitliche Oeffnung besitzt, die diejenige des Glasrohres deckt, während der comprimirte Gummiballon aufsitzt und die Aspiration vollzieht. Wird der Gummistopf danach um seine Achse gedreht, so bildet er ein sicher schliessendes Ventil und der Gummiballon kann entleert werden. Je nach der Schwere und Ausbreitung des Processes werden ein bis drei Stück solcher Glasballons angesetzt. Sie bleiben bis zu einer Stunde liegen. Entweicht etwas Luft, so wird immer nachgesaugt. Die gesammte Application geschieht nach der Schwere des Processes zwei- bis dreimal täglich. Neben der rückbildenden Kraft auf den Process selbst ist die günstige Wirkung auf die Schmerzen und auf das Allgemeinbefinden hervorzuheben. Selbst in Fällen, die incisionsreif erschienen, kann während der Application gut geschluckt werden. Es liegt auf der Hand, wie wichtig es ist, diese im Moment eintretende Wirkung für die Nahrungsaufnahme auszunützen. In diesem Sommer, wo eine grosse Zahl von Phlegmonen in Berlin zur Beobachtung kam, hatte ich zufällig an einem Tage das Geschick, viermal zu schweren phlegmonösen Fällen consultirt zu werden. Bei allen diesen Fällen war die augenblickliche Wirkung in diesem Sinne von den behandelnden Collegen mit Staunen und von den Patienten mit grosser Befriedigung aufgenommen worden. Das andere Hülfsmittel zur Sicherstellung der Incision ist auch einfach und alt genug. Es ist die Probepunction. Ein genügend langer, je nach der Lage der Schwellung passend abgeboge-

ner Troicart bleibt während des Einstiches mit der Glasspritze in Verbindung. Der Einstich selbst ist im Vergleich zur Incision so wenig schmerzhaft, dass man keine Schwierigkeiten hat, ihn mehrfach an verschiedenen Stellen und Tiefen zu wiederholen. Wird nun an einer Stelle Eiter gefunden, so kann das Instrument in der Einstichstelle liegen bleiben und wie eine Sonde benützt werden. Die Incision selbst wird dann mit einem zweischneidigen Messer und geeigneten Scheeren angeschlossen. Ich möchte Ihnen nach meinen — durch viele Jahre fortgesetzten — Beobachtungen mein Verfahren an dieser Stelle dringend empfehlen. Ich bin gewiss, Sie und Ihre Patienten werden damit wohl zufrieden sein.

Chiari betont, dass er die Saug- und Aspirationstechnik bei Angina phlegmonosa für sehr zweckmässig finde und nicht anstehe, sie bestens zur Erprobung zu empfehlen.

III. Combinirte Sitzung mit der Abtheilung für Otologie.

Vorsitzender: L. Grünwald (Bad Reichenhall-München).

Th. S. Flatau (Berlin): Ueber einen neuen Apparat zur Messung der Stimmstärke (Stimmstärkemesser nach Flatau und Wethlo).

Der Wunsch nach einem objectiven Maass für die Stimmstärke wurde für mein Arbeitsgebiet nicht nur durch theoretische Erwägungen hervorgerufen, sondern auch durch die dringenden Erfordernisse der phonetischen Praxis. Bei der Behandlung der functionellen Stimmstörungen ist in der Mehrzahl der Fälle auch nach der Herstellung der normalen Intonationsbewegung eine Ueberwachung der Patienten nothwendig. Es darf zunächst noch nicht mit beliebiger Stärke und auch nicht zu lange hintereinander phonisch gearbeitet werden. Auch die Beanspruchung der Höhe erfordert noch Vorsicht. Nach allen drei Richtungen werden häufig Fehler gemacht, sowie die Patienten sich selbst überlassen sind. Oft treibt sie der Wunsch, bald zu schnell wieder zu Bühnen und Concertleistungen zu gelangen, zu hastig vorwärts. Dann ist es gar zu verführerisch für sie, in der neu gewonnenen Klangfülle zu schwelgen und endlich verwechseln sie auch gar häufig Tragfähigkeit und Intensität. Von den bisherigen Versuchen ist Lucae's Phonometer am bekanntesten. Bei diesem Apparate wird der Winkel gemessen, um den ein pendelnd aufgehängtes Glasplättchen durch den phonischen Luftstrom aus seiner Ruhelage abgelenkt wird; es ist also einem Anemometer ähnlich. Zwaardemaker hat bereits treffend darauf hingewiesen, dass die Verschiedenheit des Luftaufwandes bei der phonischen Arbeit den Werth dieses Systems herabsetzt. Für unseren Zweck, wo es sich oft um noch ungeübte Sänger und Redner handelt, war dieser Weg von vorneherein aus diesem principiellen Grunde ungangbar. Da der Kunstsänger schon verhältnissmässig früh die Fähigkeit hat, Intensitätsveränderungen vorzunehmen, bei denen weniger die transportirte Luft in Betracht kommt, als die gewählte Hauptrichtung, die er durch den Typus und die Variationen seiner Kunstathmung den Schallstrahlen anweist, so versprach auch die Berechnung der Energie mit Hülfe der transportirten Luftmenge und dem subglottischen Luftdruck keinen practisch constructiven Erfolg. Die neuen Versuche Stephanini's, wobei durch galvanometrische Messung mikrophonischer Ströme

eine Art von Aichung der persönlichen Stimmstärke ermöglicht wird, sind bei dem Abschlusse unserer Construction durch ausführliche Beschreibung erst bekannt geworden. Bei meinen persönlichen Erfahrungen, die ich gerade in den letzten Jahren bei Mikrophonen hinsichtlich einer anderen Versuchsreihe gesammelt habe, scheint mir aber die Empfindlichkeit und Inconstanz der Mikrophone nicht günstig für die Herstellung eines einfachen auch für den Gebrauch des Patienten bestimmten Apparates. Für unseren Zweck musste auch von dem Mittel der photographischen Fixation der Membranbewegungen durchaus abgesehen werden. Dazu kommt letzthin der Einwand Zwaardemaker's, der die Methode nachgeprüft hat. Er bemerkt, dass es nothwendig sei, das Mikrophon vorn durch eine möglichst dünne Mikaplatte zu schützen, da sonst die unmittelbare Wirkung der Luftbewegung nicht abgehalten werden könne. Es liegt auf der Hand, dass damit die Empfindlichkeit des Apparates wieder herabgesetzt wird. An unserem Apparate, den ich hier zum ersten Male zu demonstriren mir erlaube, verwerthen wir die Veränderungen, die bei der Besingung einer Membran aus feinstem, wenig gespanntem Condomgummi dadurch entstehen, dass ein ausserordentlich feiner Sandstrahl auf sie fällt. Statt feinsten Seesandes, der hier verwendet wird, kann auch besonders fein gemahlenes und exact gesiebtes Ziegelmehl benützt werden. Die Membran ist nun so gestellt, dass von dem Anfallspunkte in der Ruhe sich eine bergähnliche Sandfigur nach unten ansammelt, deren Grundfläche auf einer kleinen flach vorspringenden Metallzunge gehalten wird. Wird nun die Membran in Schwingungen versetzt, so sehen Sie, dass eine Bewegung zwischen dem Anfallspunkt und der Bergspitze sichtbar wird, wobei mit wachsender Intensität der Stimme auch die Entfernung zwischen Anfallspunkt und Bergspitze sich vergrössert. Wird diese Entfernung für einen Sonderfall bestimmt, so genügt in der Praxis bereits die einfache Anordnung, dass bei den Uebungen die so bestimmte lineare Grösse nicht überschritten werden darf. Die Schallwellen werden durch ein einfaches Schallrohr aufgenommen, in deren Mitte sich, wie Sie sehen, noch eine einem Diaphragma ähnliche Einrichtung befindet. An dieser Stelle ist, wie Sie sehen, noch eine zweite Möglichkeit gegeben, durch Abblendung der externen Schallstrahlen die Einwirkungsmöglichkeit auf den Endmechanismus zu erschweren, so dass also grössere Intensitäten aufgeboten werden müssen, um das gleiche lineare Maass der Entfernung vom Auffallspunkt zur Bergspitze bei der phonischen Action zu erhalten. Wenn der Apparat abgelaufen ist, ermöglicht ein einfacher Mechanismus, ihn sofort wieder durch eine Drehung in die Functionsstellung zu bringen, ohne dass von dem rieselnden Material etwas verloren geht. Ebenso ist leicht ersichtlich, dass der Apparat gleichzeitig als Zeitmesser dienen kann. Man ordnet dann eben neben der Ausdehnung der zugelassenen Uebungen für die Stärke, Höhe an, dass sie jedesmal für eine bestimmte Zahl von Umdrehungen zugelassen werden. Bei diesem Apparat ist für die Zwecke der Demonstration der Abschluss durch eine gewöhnliche Glasscheibe gegeben. Sie ist sonst durch eine Mattscheibe ersetzt. Die Bewegungen, auf die es ankommt, die Arbeit und Beeinflussung des Endmechanismus wird in einem Spiegel beobachtet, der während der phonischen Arbeit dem Auge bequem zugänglig ist. Physikalisch wird bei unserer Combination von den Veränderungen der Cohäsion der Sandtheilchen und

von denen der Adhäsion dieser Körperchen zur Membran Gebrauch gemacht. Wird der Apparat — am besten mit Verwendung einer Libelle — richtig eingestellt, so lässt sich die Constanz seiner Arbeit leicht demonstriren. Was die Dimensionen der Membran (30 mm Durchmesser) anbelangt, so hoffen wir damit für alle Fälle auszukommen. Es steht natürlich nichts im Wege, für Kinder und besondere Zwecke, namentlich für Kinderstimmen empfindlichere Sonderexemplare in kleineren Dimensionen einzustellen. (Folgt die Demonstration des Apparates.)

L. Grünwald (Reichenhall-München): Der Recessus ethmolacrymalis.

Bei der Untersuchung des Kieferhöhlenostiums von der Lateralseite her bemerkt man sehr häufig einen vom Thränenbein und dem vordersten Theil der Papierplatte bedeckten, mitunter sehr grossen Recessus. Derselbe hängt mit der Kieferhöhle oder dem Hiatus semilunaris, noch öfter mit beiden zusammen und ist entwickelungsgeschichtlich als lateralster Theil der Fissura ethmoidalis lateralis (Schönemann) aufzufassen. Oft besteht ein Zusammenhang mit „Hiatuszellen"; einmal stellte der Recessus auch einen unmittelbaren Uebergang zwischen Stirn- und Kieferhöhle her, so dass an Stelle der drei Einzelhöhlen ein einziger grosser Raum vom Stirnhöhlendach bis zum harten Gaumen sich erstreckte. Die im Original nachzulesenden näheren anatomischen Verhältnisse werden an den Abbildungen einer grösseren Anzahl von Präparaten demonstrirt. Die klinische Bedeutung des Recessus beruht darin, dass er 1. eigenes Secret oder solches von Stirnhöhle oder Hiatuszellen in die Kieferhöhle abführt, so dass sie inficirt wird; 2. dass solches Secret vor dem Ostium maxillare lagert, wodurch eine Erkrankung der Kieferhöhle, sogar bei directer Untersuchung, vorgetäuscht wird; 3. erklärt sich die Schwerheilbarkeit vieler Fälle von Kieferhöhlenentzündungen durch Secretretention in einem Recessus ethmoidalis lateralis; 4. brechen Mucocelen oder Retentionseiterungen des Recessus ethmoid. lat. auch nach aussen, an typischer Stelle durch (Verwechselung mit Siebbein oder Stirnhöhle zu vermeiden); 5. vermittelt der Rec. ethmoid. lat. die Einsprengung fremder Keime vom seitlichen Nasenspalt her. Mehrere Krankengeschichten erläutern diese verschiedenen Vorkommnisse.

L. Grünwald: Die septale Stirnhöhlenoperation.

Vor 3 Jahren Jahren wies G. darauf hin, dass dem Abfluss von Stirnhöhlensecret, auch in operirten Fällen, öfters ein ernstes Hinderniss in grosser Enge des subfrontalen Nasenabschnittes entgegenstehe, und gab zur Behebung des Hindernisses die Resection des an die Stirnhöhle angrenzenden Septumabschnittes an. In zwei unterdessen erfolgten Fällen von Hirnabscess, einem postoperativen Todesfall von Kofler und einem geheilten von Cargill, ist man neuerdings ebenfalls auf die Wichtigkeit der subfrontalen Enge aufmerksam geworden. Da die angegebene Operation aber unbekannt geblieben ist, giebt die endlich erfolgte Anerkennung ihrer Nothwendigkeit den Anlass zu nochmaliger Erörterung. Die Verhältnisse der Enge und die Art der Operation werden an den Abbildungen von Präparaten gezeigt. Grünwald hat sie in vier Fällen doppelseitiger und zwei einseitiger Stirnhöhleneiterungen mit gutem Erfolg ausgeführt; nur bei einem

wurde eine Nachoperation wegen Siebbeinerkrankung erforderlich. Der kosmetische Effect war zufriedenstellend.

Holinger (Chicago) spricht über Tonsillectomie und deren Bewerthung bezüglich der Frage der Vornahme dieses Operationsverfahrens gegen häufig sich wiederholende Tonsillitiden. An der Hand zweier Krankengeschichten, insbesondere eines Falles, welcher einen Collegen betraf, machte der Vortragende darauf aufmerksam, dass die vorgenommene Operation nicht den beabsichtigten Heilerfolg erzielte, sondern im Gegentheil daranschliessend sich derart widerwärtige pharyngeale und sonstige rheumatoide Beschwerden hinzugesellten, an denen der Kranke noch heute zu leiden habe, so dass die Verwendung dieser Methode bei den amerikanischen Collegen seither sehr in Misskredit gekommen sei.

Discussion:

Chiari erwähnt einen Bericht von Dr. Richards im Atlantic City, Juni 1909 (Sitzung der American Laryngo-Rhinol. and Otol. Society), der über die Vorzüge der Tonsillectomie gegenüber der Tonsillotomie sprach. Von üblen Erfolgen erwähnte er damals nichts. Der einzige Fall auf Chiari's Klinik wurde schon angezogen; er ging letal aus, aber nicht infolge der Operation, sondern wegen Status lymphaticus und Vitium cordis.

Siebenmann (Basel) glaubt, dass die wenigen unglücklich verlaufenen Fälle diese Operation selbst nicht discreditiren sollten, die eben doch — namentlich bei Peritonsillitis — so segensreich wirkt, wie keine andere der zu gleichem Zwecke empfohlenen Methoden.

Siebenmann (Schlusswort) spricht den Einführenden und den Secretären der hier versammelten otologischen und laryngologischen Sectionen für ihre treffliche Mühewaltung vor und während der Versammlung den herzlichsten Dank der Anwesenden aus. (Lebhafter Beifall!) Halbeis (Salzburg).

---

c) XVI. Internationaler medicinischer Congress in Budapest 1909

vom 28. August bis 4. September.

XV. Section (Rhino-Laryngologie).

1. Sitzung am 30. August Vormittags.

Präsidenten: v. Navratil, Killian.
Schriftführer: Donogány, Tovölgyi, Klár.

Präsident v. Navratil begrüsst die Mitglieder der Section in deutscher, französischer, englischer, italienischer und ungarischer Sprache.

Dann werden die Ehrenpräsidenten gewählt.

Castex begrüsst die Section im Namen der französischen laryngologischen Gesellschaft.

Heymann begrüsst die Abtheilung im Namen der Laryngologischen Gesellschaft Berlin und auf seinen Antrag wird an die drei Senioren der Laryngologie, Geh. Med.-Rath B. Fränkel, E. Löri und Kais. Rath Rauchfuss ein Begrüssungsschreiben gesandt.

Tagesordnung:

I. Sir Felix Semon (London): Beitrag zu der Diagnose des Kehlkopfcarcinoms. (Referat.)

Der Autor referirt und illustrirt diejenigen Fälle von Kehlkopfkrebs aus eigener Praxis, in welcher ausserordentliche diagnostische Schwierigkeiten vorhanden waren und einige, in welchen die Diagnose fehlerhaft war. In seiner 33jährigen Praxis kamen unter 246 Fällen von malignen Krankheiten 13 solche vor. Obwohl die frühzeitige Diagnose des Larynxkrebses im Allgemeinen für nicht besonders schwer zu betrachten sei, muss man sich doch solch eigenthümlicher Fälle erinnern, wie die folgenden: 1. (Publicirt Lancet Dez. 1894) Maligne Erkrankung des Kehlkopfes, welche zuerst als Verdickung des linken Stimmbandes auftrat und welche erst nach zweijähriger Dauer ihre wahre Natur zeigte. 2. (Erwähnt Archiv f. Laryng. Vol. VI. p. 418) Chronische infectiöse Entzündung, maligne Kehlkopferkrankung vortäuschend. 3. (Erwähnt XIII. Intern. Congress, Paris). In und unterhalb des rechten Stimmbandes aufgetretener Bluterguss, maligne Larynxerkrankung vortäuschend. 4. Kehlkopftuberculose, bei welcher die laryngoskopischen Erscheinungen die Diagnose zwischen maligner Erkrankung und Tuberculose ganz unentschieden liessen. 5. Kehlkopftuberculose, maligne Erkrankung vortäuschend bei einem 70jährigen alten Herrn. 6. Tuberculöser Tumor, maligne Erkrankung vortäuschend in der vorderen Commissur der Stimmbänder. 7. (Erwähnt Archiv f. Laryngologie. Bd. VI. H. 3) Leukoma eines Stimmbandes, maligne Kehlkopferkrankung vortäuschend. 8. (Publicirt in Vol. XX. of the Clinical Society Transactions) Epitheliom des linken Morgagni'schen Ventrikels zuerst für Papillom gehalten. 9. (Erwähnt in der Sammelforschung Intern. Centralbl. für Laryngologie. Bd. V. S. 205) Angiomartiges Epitheliom. 10. Papillom den ganzen hinteren Theil des rechten Stimmbandes einnehmend und sich auf die innere Fläche des rechten Arytänoidknorpels verbreitend bei einem 60jährigen Herrn, irrthümlich für maligne Kehlkopferkrankung gehalten. 11. Larynxepitheliom unter dem Bilde eines schneeweissen Rasens auftretend. 12. Granulom entspringend von einer Narbe, welche an der Stelle eines vom rechten Stimmbande entfernten Epithelioms lag. 13. Das entzündete Papillom eines 60 Jahre alten Mannes, genau einem Larynxepitheliom gleichend.

II. Chiari (Wien): Die Therapie des Carcinoma laryngis. (Referat.)

Chiari bespricht die Prophylaxis, die causale Therapie, die Behandlung mit Röntgenstrahlen und mit Radium, Aetzungen und Fulguration. Die intralaryngeale Ausrottung ist nur sehr selten anwendbar, giebt aber dann 46 pCt. Heilung, leider aber oft Recidiv. Die Thyreotomie ist angezeigt bei kleinem Krebs der Stimmlippe und Taschenfalte ohne Störung der Beweglichkeit, ist oft anwendbar, giebt gewöhnlich 50 pCt. Heilung (bei einzelnen Operateuren über 80 pCt. Heilung), ist relativ ungefährlich und hat sehr gute functionelle Resultate. Die Pharyngotomia subhyoidea ist in neuerer Zeit weniger gefährlich geworden, aber nur sehr selten anwendbar. Die partielle und totale Laryngectomie haben in der neueren Zeit bessere



Resultate als früher aufzuweisen, sowohl bezüglich der Todesfälle als auch bezüglich der Heilungen. Die besten Erfolge mit diesen beiden Operationen hat Gluck mit seiner Methode erzielt, diese Methode verdient mehr Nachahmung. Die einzige rationelle Behandlung des Kehlkopfkrebses ist jetzt die chirurgische. Die Pharyngotomia transhyoidea, mediana und lateralis sind nur selten angezeigt. Zur Begründung dieser Thesen wird hauptsächlich die Statistik gegeben. Die allgemeinen Statistiken haben grosse Mängel, weil nicht alle Fälle veröffentlicht werden und viele nicht genau mit genügend langer Beobachtungszeit. Die besten allgemeinen Statistiken rühren von Sendziák her. Viel werthvoller sind die persönlichen Statistiken, von denen leider nur wenige vorliegen. Chiari bringt dieselben und darunter auch seine eigene, welche 41 Thyreotomien, 32 partielle und 9 totale Laryngectomien umfasst. Von Gluck liegt leider keine vollständige Statistik vor.

III. Gluck (Berlin): Die Diagnose und Behandlung des Larynxcarcinoms. (Referat.)

Referent giebt eine Uebersicht über die an seiner Klinik zur Ausführung gelangten Operationen im Gebiet der oberen Luftwege.

I. Die probatorische oder explorative Laryngofissur, welche dieselbe Berechtigung hat wie in der allgemeinen Chirurgie die explorative Laparotomie.

II. Tracheostomie und Laryngostomie. Letztere wurde combinirt mit conservativer Behandlung des narbig veränderten Kehlkopfraumes durch Dupuys-sche Dauercanülen, die in verschiedener Weise modificirt wurden.

III. Partielle oder totale Plastik des mit einem Stoma versehenen Larynx, nachdem das sklerotische Narbengewebe durch weitgehende Excisionen beseitigt war.

IV. Schluss von Defecten der Vorderwand der Luftröhre oder von inspiratorischen Einziehungen derselben durch Weichtheilperiostknochenlappen vom Brustbein.

V. Quere Resection der Trachea eventuell bis in das Arygebiet (bei narbigem Diaphragma etc.) mit nachfolgender querer Trachealnaht.

VI. Schluss von tiefen Oesophagustrachealfisteln durch Hautlappenplastik.

VII. Thyreotomia simplex oder totale Laryngofissur mit partieller oder totaler Exenteration des Kehlkopfes etc. eventuell mit nachfolgender totaler oder partieller Laryngoplastik.

VIII. Partielle Resection des Kehlkopfes.

IXa. Hemilaryngectomie mit Laryngoplastik.

IXb. Hemilaryngectomie mit partieller Resection der restirenden Kehlkopfhälfte. Nach den Erfahrungen des Ref. nicht zu empfehlen.

X. Laryngectomia totalis simplex mit Herausnähen des Trachealstumpfes und sofortiger Naht des Pharynxdefectes und der äusseren Hautwunde. Endresultat mit Tracheostoma circulare ohne Canüle.

XI. Totale Laryngectomie mit Resection des Pharynx in verschiedener Ausdehnung.

XII. Totale Exstirpation des Kehlkopfes mit querer Resection oder Exstirpation des Pharynx.

XIII. Exstirpation von Kehlkopf, Schlundkopf und Halstheil der Speiseröhre. Endresultat: Tracheotomie und Gummitrichterersatzprothese für Pharynx und Oesophagus.

XIV. Complication dieser Operation mit ausgiebiger Drüsenexstirpation.

XV. Complication der Eingriffe mit Resection der grossen Halsgefässe.

XVI. Totale Oesophago- und Pharyngoplastik.

XVII. Hautlappenplastik der Gegend der grossen Halsgefässe, um dieselben nach ausgedehnten Drüsenoperationen vor Infectionen zu schützen.

XVIII. Totale Zungenexstirpation.

XIX. Totale Zungenexstirpation mit Kehlkopfexstirpation und Resection des Pharynx in einer Sitzung.

XX. Die verschiedenen Methoden der Pharyngotomie.

Referent vermeidet principiell bei allen diesen Eingriffen Operationen in zwei Acten, z. B. prophylaktische Tracheotomie und acht Tage später Laryngectomie, da durch die Eröffnung der Luftwege der aseptische Verlauf in Frage gestellt wird. Er schildert die Technik seiner Operationen an der Hand von Tafeln.

XXI. Anlegen einer Lungenfistel zur Ausschaltung der oberen Luftwege bei Bronchostenosen an und jenseits der Bifurcation.

Was die Sprache anbelangt, so perhorrescirten die meisten Patienten den künstlichen Kehlkopf und suchten — mitunter mit verblüffendem Erfolg — die Pharynxstimme zu erlernen.

Ref. hat jedoch die älteren Versuche wieder aufgenommen, den Patienten Stimmen zu liefern mit Ausschaltung der Lungen, entweder durch mit Hülfe von Grammophonplatten reproducirten menschlichen Lauten oder mit Hülfe von Gummi- und Metallstimmen, welche durch einen automatisch arbeitenden möglichst handlichen und geräuschlosen Hülfsapparat in Betrieb gesetzt werden. Ref. schildert seine bisher in dieser Richtung gemachten Versuche.

Demonstration von 3 Patienten, darunter eine Frau, bei der vor $2^1/_2$ Jahren wegen schwerster Tuberculose des Kehlkopfs (diffuse hyperplastisch-ulceröse Form mit Knorpelnekrose) die Totalexstirpation mit Entfernung der Epiglottis und Theilen des erkrankten Pharynx (Sinus piriformis beiderseits) gemacht worden war.

Discussion:

Thost (Hamburg): Auf die mikroskopische Diagnose sollte nicht immer so sicher gebaut werden. Die klinischen Symptome sind wichtiger, in der Nähe von Carcinomen degenerirt die Schleimhaut papillomatös, in der Nähe von Sarkomen kommen an der Nase z. B. myxomatöse Geschwülste vor, bei Probeexcision kann da leicht Irrthum entstehen. Auch an Mischinfectionen Carcinom mit Tuberculose combinirt, Lues mit Tuberculose und Carcinom ist zu denken. Zwischen Lues und anderen Geschwüren und Tumoren unterscheidet oft eine Pinselung mit starker Lapislösung. Lues reagirt auf Argentum immer günstig, Tuberculose und Carcinom ungünstig. Nach Laryngotomie ist Lagerung mit tiefem Kopf, erhöhten Füssen zu empfehlen.

Finder (Berlin) meint, dass in sehr seltenen und sorgfältig auszuwählenden Fällen die endolaryngeale Methode anwendbar ist. So verfügt er über den Fall



eines jetzt 76jährigen Mannes, den er vor 3 Jahren an Kehlkopfcarcinom endolaryngeal operirt hat und der vollständig geheilt ist. Einen anderen Fall, der auch hierher gehört und der auch in anderer Beziehung zu den merkwürdigsten zählt, ist folgender: Es handelte sich um eine alte Frau, die unter schwersten Erstickungserscheinungen in die Klinik aufgenommen wurde, so dass schleunigst die Tracheotomie ausgeführt werden musste. Es stellte sich heraus, dass man einen der Fälle vor sich hatte, über deren endolaryngeale Operation B. Fränkel in seiner ersten dieses Thema behandelnden Arbeit berichtet hatte. Die Patientin hatte jetzt — nach 18 Jahren! — ein Recidiv, wenn man so sagen darf, an derselben Stelle, an der sie damals ihr Carcinom gehabt hatte. F. glaubt, man kann auch diesen Fall unter die Heilungen rechnen.

Dann theilt er einen Parallelfall mit zu der von Sir Felix Semon mitgetheilten Granulationsbildung nach Laryngofissur. Bei einer wegen Kehlkopfcarcinom thyreotomirten Frau fand sich nach 3 Monaten ein bohnengrosser, glatter, blasser, den ganzen vorderen Kehlkopftheil einnehmender Tumor, der sich nach der endolaryngealen Entfernung als ein — zum Theil noch nicht organisirter — Granulationstumor herausstellte. Ferner macht er auf eine Gruppe von Fällen aufmerksam, die grosse diagnostische Schwierigkeiten machen, und besonders mit Perichondritis verwechselt werden können. Es sind Carcinome, die unter der Schleimhaut des Sinus piriformis liegend, die eine Kehlkopfhälfte nach innen vordrängen. Es besteht Schwellung dieser Kehlkopfhälfte und Stillstand derselben bei der Phonation. Da im Kehlkopf nur diffuse Schwellung, aber keine Tumorbildung besteht, so kommt die diagnostische Probeexcision in Fortfall. Dass die mikroskopische Untersuchung der zur Probe entnommenen Stückchen grosse Schwierigkeiten machen kann, illustrirt folgender Fall: Ein Stück von einem im Sinus piriformis sitzenden Tumor wurde von einer pathologisch-anatomischen Autorität ersten Ranges als Carcinom erklärt. Das vermeintliche Carcinom stellte sich aber als eine atypische Epithelwucherung heraus, bedingt durch den Reiz eines darunter sitzenden Sarkoms.

Réthi (Wien): Die Symptomatologie des Kehlkopfcarcinoms betreffend, erwähnt Réthi 2 Fälle, in denen — ganz gleich in beiden Fällen — am rechten Stimmband nahe dem Aryknorpel und am linken Stimmband im vorderen Drittel ein papillomatöser flacher Rasen vorhanden war. Infiltrationserscheinungen waren nicht zu constatiren; die Bewegung der Stimmbänder war beiderseits frei, obwohl man dies besonders rechts, wo sich die Neubildung in der Nähe des Cricoarytänoidealgelenks befand, nicht hatte erwarten können. Mit Rücksicht auf das Aussehen der Geschwülste, den Mangel an Infiltrationserscheinungen, die freie Beweglichkeit der Stimmbänder und insbesondere mit Rücksicht auf das discrete Auftreten der Veränderungen an 2 Stellen, zwischen denen die Schleimhaut ganz unverändert war, musste die Diagnose auf Papillom gestellt werden. Die mikroskopische Untersuchung der Tumoren ergab jedoch Carcinom, was durch den weiteren Verlauf auch bestätigt wurde. Es geht also nicht an, bei discretem Vorhandensein von Neubildungen wegen des getrennten Auftretens allein Carcinom ausschliessen zu wollen.

Brewack (Charkoff): Er erkennt zwar die Ueberlegenheit der radicaleren extralaryngealen Operationen an, jedoch hält er den endolaryngealen Eingriff für angezeigt in solchen Fällen, wo der umschriebene Tumor mit den Instrumenten gut erreichbar ist. Diese Fälle sind nicht so sehr selten als man glaubt. Er kennt mehrere solche Fälle aus seiner Praxix. Die Laryngotomie ist keine ganz ungefährliche Operation, dagegen ist der endolaryngeale Eingriff stets ohne schwere Folgen und die Recidive sind nicht häufiger als nach Laryngotomie. Man muss nur den Kranken unter strenger Beobachtung halten, und, falls ein Recidiv eintritt, sofort zur radicalen Operation greifen.

J. W. Gleitsmann (New York): G. berichtet über den Fall einer ausgesprochenen weissen Geschwulst, den ganzen Ventriculus Morgagni ausfüllend, wie in dem Fall, den Sir Felix Semon in seinem einleitenden Referat demonstrirte.

Patient wurde von G. 1896 zum ersten Mal gesehen, in längeren Zwischenräumen zweimal Stücke endolaryngeal entfernt und beide Stücke von erfahrenen Mikroskopikern als Pachydermia angesprochen.

Der Patient entzog sich der weiteren Beobachtung, aber 12 Jahre später wurde der Redner von Dr. Hermann Smith eingeladen, den Patienten im Eye, Ear and Throat Hospital wiederzusehen. Der Befund war ähnlich wie 1896, exstirpirte Stücke zeigten zuerst keine Malignität, aber 6 Monate später entwickelte sich Larynxstenose, Carcinom wurde mikroskopisch constatirt und Laryngectomie mit günstigem Resultat gemacht. Der Fall wurde in den Transactions der American Laryngological Association publicirt und ist auch im Lehrbuch von William Watson abgebildet. Redner weist zum Schluss auf den von allen Beobachtern erwähnten verdächtigen Charakter dieser harten weissen Larynxtumoren hin.

Hajek (Wien): Das Puntcum saliens ist die Frühdiagnose. Dabei sind die schwierigsten Fälle diejenigen, welche unter dem Bilde des Papilloms auftretende Kehlkopfveränderungen vorweisen. Da stellt sich bei älteren Leuten (über 40 Jahre), wie dies Sir Felix Semon zuerst hervorgehoben hat, heraus, dass doch gewöhnlich ein Cancer dahintersteckt. Allgemein bekannt sind die Diagnosen mit negativem Befunde, in welchen nichts vom eigentlichen Cancer excidirt wurde. Viel unangenehmer ist indess das Vorkommniss, wie ich es in zwei Fällen gesehen habe, dass trotz positiven mikroskopischen Befundes der weitere Verlauf keinen Cancer ergeben hat. Es ist eben die mikroskopische Diagnose auch nicht absolut sicher.

Baumgarten (Budapest); Wenn ich auch die Aussage Chiari's theile, dass endolaryngeal nur jene Fälle operirt werden sollen, bei denen man die Diagnose noch nicht festgestellt hat, bilden doch kleine circumscripte Carcinome eine Ausnahme bei Leuten über 70 Jahren, denn auch ich fand, dass speciell Larynxcarcinome in diesem Alter sich günstiger verhalten, wie der eben erwähnte Fall von Finder bestätigt. Auch ich selbst habe einen solchen Fall operirt.

Grossmann (Wien) berichtet einen Fall von der Klinik Schrötter, bei welchem die wiederholte mikroskopische Untersuchung Carcinom ergeben hat, und der sich der Operation nicht unterziehen wollte; er war schon nach einem Jahre so vollkommen ausgeheilt, dass von einer ursprünglichen Erkrankung keine Spur zu

sehen war. Er erwähnt weiter einen zweiten von ihm behandelten Fall, bei welchem Billroth die laterale Resection vorgenommen hat, und trotzdem die wiederholt vorgenommene mikroskopische Untersuchung auf Carcinom hinwies, sagte Billroth, als er das Präparat bereits in Händen hielt, er glaube nicht, dass es sich um Carcinom handelt. Wenn ein Mann wie B., ein hervorragender pathologischen Anatom, selbst dann noch, als er das Präparat in Händen hatte und auf die Malignität aufmerksam gemacht wurde, sich irren konnte, ist es wohl sehr begreiflich, wenn uns auf laryngoskopischem Wege leicht Irrthümer unterlaufen. Trotz alledem bleibt die mikroskopische Untersuchung unser allerwichtigster Anhaltspunkt, nur müssen wir uns nicht mit einer begnügen, sondern müssen mehrere Untersuchungen vornehmen. Wir müssen von den schlecht unterrichteten an den besser informirten Histologen appelliren.

Morelli (Budapest) beruft sich auf einen Fall, wo nach thermocaustischem Eingriff, nach Entfernung multipler Papillome die Entartung sich sehr schnell einstellte, so dass nach einem Jahr nicht nur im Kehlkopf innen, sondern auch auf der äusseren Haut um die Canüle sich Carcinom zeigte. In einem anderen Fall wurde das ganz kleine Carcinom höchst wahrscheinlich mit einem stumpfen Instrument operirt. Der Zerfall stellte sich so schnell ein, dass wegen der Suffocation nach 3 Wochen die Tracheotomie ausgeführt werden musste, zugleich Resection der linken Kehlkopfseite. Wegen Recidive nach fünf Monaten Totalexstirpation. Ich stimme vollständig mit Hajek überein, dass man bei dem Alter von 35 Jahren des Patienten sehr aufmerksam vorgehe bei der Operation der Papillome, dass man in diesem Alter nur mit scharfen Instrumenten eingreife, nicht mit quetschenden.

Chiari (Wien) betont die Wichtigkeit der histologischen Untersuchung endolaryngeal exstirpirter Stücke der Neubildung behufs Diagnose. Diese histologische Untersuchung ist von grösster Wichtigkeit, wenn sie auch nicht absolut in allen Fällen unfehlbar ist. Sie schützt auch vor späteren Vorwürfen von Seiten des Patienten.

Wichtig ist die Thatsache, dass die Carcinome sehr verschiedene klinische Charaktere haben, welche nicht immer mit dem histologischen Bilde übereinstimmen. Ueber den Einfluss des histologischen Baues auf die Prognose einer Larynxgeschwulst hat Navratil die wichtigsten Mittheilungen gemacht.

Chiari will nur noch einmal betonen, dass nur die chirurgische Operation ihm zuverlässig scheint als Mittel zur radicalen Entfernung des Krebses. Schliesslich bittet er nochmal alle Operateure um genaue persönliche Statistiken und insbesondere Gluck um eine genaue persönliche Statistik seiner Kehlkopfoperationen wegen Krebs.

Semon (London): Der Redner constatirt, dass das Ergebniss der Discussion sich vollständig mit dem deckt, was die Sammelforschung des Internationen Centralblatts vor 21 Jahren erwiesen hat. Er illustrirt dies durch Verweise auf die Frage der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente, die gelegentlichen Schwierigkeiten der laryngoskopischen Diagnose, die Frage der endolaryngealen Operation etc. Zum Schluss ermuntert er zur Publikation

von completten Statistiken der einzelnen Operateure, und richtet speciell an Prof. Gluck die Bitte, von jetzt an eine methodische Statistik seiner Fälle zu veröffentlichen.

Cisneros (Madrid): Die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung des Larynxcarcinoms. (Vortrag.)

Hugo Zwillinger (Budapest): Ueber die Hyperkeratose des Kehlkopfes und ihre klinische Bedeutung. (Vortrag.)

Z., der schon im Jahre 1896 in seiner in der Wiener klin. Wochenschr. unter dem Titel „Ueber die Verhältnisse der Pachydermia laryngis zu den Leukokeratosen (Leukoplakien)“ publicirten Arbeit auf die Identität beider Processe hingewiesen hatte, kommt in seinem Vortrage, an der Hand neuerlicher anatomischer Untersuchungen und klinischer Beobachtung, zu folgenden Schlüssen:

1. Die sog. Pachydermia laryngis und die Leukokeratosen der Schleimhäute sind ihrem Wesen nach identische Processe.

2. Vom anatomischen und klinischen Standpunkte ist die Verhornung des Epithels, Bildung einer mächtigen Hornschicht das hervorragendste Symptom des Krankheitsprocesses und muss sowohl die diffuse als auch die circumscripte mit hochgradiger Verhornung einhergehende Erkrankung der Kehlkopfschleimhaut als Hyperkeratose aufgefasst und als solche bezeichnet werden.

3. Die diffuse und circumscripte Hyperkeratose der Kehlkopfschleimhaut bildet, wenn auch verschiedenen ätiologischen Ursprunges, einen genügend begrenzten Symptomencomplex.

IV. F. Massei (Neapel): Syphilis und die bösartigen Geschwülste des Halses. (Referat.)

Es ist offenbar, dass es Fälle giebt, wo die Krankheit, welche sämmtliche Symptome der Syphilis besitzt, endlich Carcinom wird. Er erörtert 8 solche Fälle aus eigener Erfahrung, wo der Sitz der Krankheit entweder am Gaumen, oder auf der Zunge, oder im Kehlkopf war. Nachdem er bewiesen hat, dass die Krankheit anfangs wirklich syphilitischer Natur war, wurde der Uebergang zur bösartigen Geschwulst (Sarkom, Epitheliom) klar. Wie ist das zu erklären? Nach einem einfachen ätiologischen Ueberblick betrachtet der Referent die Syphilis als locales Trauma, welches die Entwickelung einer Geschwulst erleichtere, die später hätte erscheinen können, und er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Es ist ohne Zweifel, dass bösartige Geschwülste unanfechtbaren syphilitischen Veränderungen des Halses und der Zunge folgen. 2. Die specifische Behandlung muss fortgesetzt werden, sogar während der latenten Periode, als Prophylacticum. 3. Ausserdem muss alles entfernt werden, was im Munde oder im Halse einen Reiz ausübt. 4. Die Neigung der Syphilis zum Carcinom ist im Folgenden zu erklären: a) als constitutionelle Erkrankung, b) durch die parasyphilitischen Erscheinungen und c) dann nach ausgesprochenen tertiären Erscheinungen.

II. Sitzung.

v. Eicken (Freiburg i. Br.): Die Leistungen der directen Untersuchungsmethoden der tieferen Luftwege. (Referat.)

Die Entwicklungsgeschichte der directen Untersuchungsmethoden wird durch 3 Etappen charakterisirt. Pieniazek gab im Jahre 1889 seine Methode der „Tracheoskopie“ bekannt, Kirstein folgte 1895 mit der „Autoskopie“ und Killian berichtete im Jahre 1898 über „die directe (obere und untere) Bronchoskopie“. Die zunehmende Bedeutung der directen Methoden bei Fremdkörpern mögen folgende Daten beleuchten: Bis 1896 verfügte Pieniazek über 5 mit seiner Methode behandelte Fälle; 1904 stellte Referent 36 Fälle zusammen, bei denen die Bronchoskopie zur Verwendung kam; Gottstein's Statistik aus dem Jahre 1907 bringt 137 Fälle; bis Anfang dieses Jahres (1909) waren 303 Fälle durch Publikationen und private Mittheilungen zu Referentens Kenntniss gelangt. Diese rapide Zunahme der Zahlen ist begründet theils durch Verbesserung unserer technischen Hilfsmittel, mehr noch durch das grosse Interesse, das die Specialisten der Methode entgegenbringen, vor allem aber dadurch, dass unter den practischen Aerzten die Ueberzeugung von der Leistungsfähigkeit der Methoden sich mehr und mehr Bahn bricht. Die Litteratur weist zahlreiche Beobachtungen auf, in denen Verwechslungen von aspirirten Fremdkörpern mit anderen Leiden vorkommen. Solches Verkennen der Sachlage ist meist auf eine mangelhafte Anamnese, oder auf unrichtige Bewerthung der von den Patienten geschilderten Angaben zu beziehen. Oft lässt uns der Kehlkopfspiegel ebenso, wie die Auscultation und Percussion im Stich; auch das Röntgenbild darf bei Fremdkörpern mittlerer Dichte, wie bei Knochen, Kragenknöpfen etc. nicht als ausschlaggebend angesehen werden, ja selbst bei metallischen Fremdkörpern fand sich nicht immer ein Schatten. Wir sind deshalb nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, auch in zweifelhaften Fällen die directen Methoden heranzuziehen, da wir in ihnen das diagnostisch bei weitem sicherste und gleichzeitig therapeutisch rationellste Mittel besitzen. Die Frage, unter welchen Umständen die directen Methoden auf natürlichem Wege und wann sie von dem Tracheotomirenden angewandt werden sollen, ist schwer allgemein zu beantworten. Bei eingekeilten Fremdkörpern muss man berücksichtigen, ein wie grosser Abschnitt der Lunge nicht mehr functionirt, ob bei der Extraction auf natürlichem Wege nicht dadurch Gefahr droht, dass der Fremdkörper im subglottischen Raum oder im Larynx stecken zu bleiben, oder infolge ungünstiger Beschaffenheit seiner Oberfläche eine schwere Verletzung dieser Theile herbeizuführen vermag, ob er, was namentlich für glatte Fremdkörper zutrifft, dem Extractionsinstrument nicht entschlüpfen und in den Bronchus der anderen, die Athmung vielleicht allein noch unterhaltenden Seite gerathen kann. Der Grad der zu überwindenden technischen Schwierigkeiten, die Erfahrung und Geschicklichkeit des Arztes spielen eine wichtige Rolle. Die Extraction gequetschter und erweichter Bohnen empfiehlt sich bei Kindern stets erst nach erfolgter Tracheotomie. Von grossem Einfluss auf den therapeutischen Effect ist das Alter der Patienten, die Art und Verweilsdauer des Fremdkörpers. Die Mortalität beträgt nach der Zusammenstellung des Referenten im ersten Lebensjahre 42·86 pCt., im

zweiten 38·46 pCt., im 2.—4. 18·78 pCt., im 4.—6. 5·88 pCt., im 6.—10. 6·52 pCt., im 10.—15 0 pCt., im 5.—50. 10·23 pCt., in höheren Lebensjahren 11·11 pCt. Fremdkörper mit scharfen Kanten und Vorsprüngen führen schneller als glatte zu Schädigungen der Bronchialwand; es kommt durch Granulationsbildung um den Fremdkörper herum leichter zum Abschluss des Bronchus und seinen Folgen: Atelektase, Bronchiektasien, bronchitischen, pneumonischen und pleuritischen Processen. Als eine recht gefährliche Gruppe sind auch die leicht bröckelnden Fruchtkerne und vor Allem die Bohnen anzusehen, zumal diese fast immer nur von Kindern aspirirt werden. Je frühzeitiger die Extraction geschieht, um so sicherer darf man auf eine völlige Heilung hoffen. Immerhin liegen noch mehrere Beobachtungen vor, in denen der Entfernung eines monate- und selbst jahrelang in den Bronchien befindlichen Fremdkörpers noch völlige Genesung, oder wesentliche Besserung folgte.

Discussion.

Kahler (Wien) berichtet über die Erfahrungen, die an Hofrath Chiari's Klinik mit den directen Untersuchungsmethoden gewonnen wurden. Fremdkörper des Oesophagus kamen in 91 Fällen zur Beobachtung. In 83 Fällen war die Extraction möglich. Achtmal glitten die Fremdkörper nach Lockerung in den Magen. Nie sahen wir uns genöthigt, die Oesophagotomie auszuführen. Fremdkörper der Trachea und der Bronchien beobachteten wir in 16 Fällen. 4 untere Tracheoskopien, in den übrigen gelang die obere leicht. Bei den Oesophagoskopien sahen wir 2 Todesfälle, von denen einer der Methode zur Last fällt. Es kam zur Perforation des Oesophagus wahrscheinlich in dem Momente der Einführung des Rohres. Es wurde ein Hacker'scher Tubus verwendet. Seither benutzen wir nunmehr den Röhrenspatel zur Untersuchung. Wichtig erscheint speciell die Bronchoskopie zur Unterstützung der internen Klinik. Sie konnte in 12 Fällen von luetischen Affectionen und 10 Fällen von Aneurysma, in 2 Fällen bei Mediastinaltumoren verwendet werden. Wichtig erscheint uns die Möglichkeit, durch diese Methode die Indication zur Bronchotomie stellen zu können, wozu wir uns in drei Fällen veranlasst sahen. Bei einem von diesen konnte ich dem Chirurgen die Auffindung durch das während der Operation eingeführte Bronchoskopierohr erleichtern. Es erscheint uns die von Killian betonte Unterstützung von chirurgischen Eingriffen durch diese Methode sehr aussichtsreich.

Demonstration eines modificirten Panelektroskopes von Leiter, das an der Klinik jetzt in Verwendung ist.

Schneider (Moskau): In weniger als 2 Jahren hatte ich im Moskauer Catharina-Spital 25 Fremdkörper (24 Kinder, 2 Erwachsene) mittelst Bronchoskopie behandelt und bis auf einen, wo mir der Accumulator versagte, in der ersten Sitzung entfernt. Die 3 Todesfälle, die ich erlebte, können keinesfalls der Methode zur Last gelegt werden. 1 war hoffnungslos vor der Bronchoskopie (ein eiserner Haken lag 4 Jahre in der Lunge). 2. 11 Tage nach der Aspiration schwere Lungenentzündung. 3. Ein Fall, wo man an Thymus-Tod denken konnte. In 80 pCt. stellten die Fremdkörper Sonnenblumensamen vor, die bei uns zu Lande von Klein und Gross (der kleinste Patient war 9 Monate alt) in Unmassen verzehrt werden. Dieser Fremdkörper darf nicht als harmlos angesehen werden wegen

seiner leichten Zerbröckelung und gewisser Aufquellung. Die zahlreichen Excoriationen der Schleimhaut, Oedem, schwerere Bronchitiden und Pneumonie beziehe ich auf die scharfen Ränder der harten Schale. Im Vergleiche mit der vorbronchoskop. Zeit, wo die Zahl der Todesfälle zwischen 25—40 pCt. schwankte, ist sie mit dieser glänzenden Methode bis auf 12 pCt. reducirt, und ich bin überzeugt, dass sie mit der Entwicklung der Technik noch weiter sinken wird. Für uns Russen ist diese Methode besonders wichtig, da in 80 pCt. die Tracheotomie verweigert wird. Ich will nicht ein allgemeines Urtheil zu fällen. Aber persönlich möchte ich eins sagen: wer einmal das bronchoskopische Rohr eingeführt hat, den Fremdkörper gesehen und ihn unter Führung des Auges aus der Brust eines erstickenden Kindes herausbefördert hat, der muss die grösste Achtung vor diesem rein chirurgischen Eingriffe und eine solche Genugthung empfinden, wie sie nur einem Arzte zu theil werden kann. Und sie werden mir wohl zustimmen, wenn ich mir erlaube, dem Vater der Bronchoskopie, unserm grossen Killian, hier meinen lebhaftesten Beifall und besten Dank auszudrücken.

Paunz (Budapest) berichtet über die Resultate, welche mit der directen Tracheobronchoskopie im Stephanie-Kinderhospital zu Budapest erzielt wurden. Es kamen 15 Fälle zur Behandlung: 2 Erwachsene, 13 Kinder, unter letzteren 8 innerhalb des zweiten Lebensjahres. In 3 Fällen handelte es sich um Durchbruch verkäster Peribronchialdrüsen, in 2 Fällen konnte das Vorhandensein des Fremdkörpers oder Drüsendurchbruches genau festgestellt werden. In 2 gleichen Fällen ergab die Untersuchung negativen Befund, in einem Falle wurde der Fremdkörper bei der Section gefunden. In einem Falle steckte der Fremdkörper im Kehlkopf. Unter den 11 Fällen gelang die Extraction 9mal; ein Fremdkörper wurde durch den Tubus ausgehustet, in einem Falle theils entfernt, theils ausgehustet. Mit Ausnahme zweier Fälle waren es immer organische Fremdkörper, welche den Eingriff erforderten. Es heilten 10 Fälle (66,0 pCt.), starben 5 (33,3 pCt.). In 5 Fällen liess sich der Fremdkörper in einem Stück entfernen, diese heilten rasch und ohne Störung; in denjenigen Fällen, in welchen eine multiple Aspiration (Drüsendurchbruch, zerfallende organische Fremdkörper) stattfand, war die Heilung keine glatte und kamen unsere Todesfälle nur unter diesen (3mal Drüsendurchbruch, 2mal septische Pneumonie) bei jüngeren Kindern vor. Es kam bisher nur die untere Bronchoskopie zur Anwendung, welche bei organischen Fremdkörpern der oberen vorzuziehen ist.

del Rio (Santiago de Chile): Ich habe von Ende 1905 bis Ende 1908 in der Universitätsklinik zu Santiago 14 Fälle von Fremdkörpern der oberen Luftwege, und zwar 6 grosse Nadeln (von $3^1/_2$ bis 5 cm lang mit entsprechendem dicken schwarzen Kopf aus Glas), 5 Wassermelonenkerne, 1 Bleistiftprotector und ein grosses Stück eines Peumokernes (eine chilenische Frucht) entfernt.

In allen Fällen handelte es sich um Kinder von $1^1/_2$ bis 13 Jahren. In zwei Fällen von Nadeln in den Bronchien musste ich die obere Bronchoskopie machen. Im Ganzen hatte ich zwei Todesfälle (bei Nadeln); die 12 anderen heilten rasch und vollständig.

Mayer (New York): Bitte die Thatsache berücksichtigen zu wollen, dass in Amerika Bronchoskopie nicht nur durch Fletcher Ingals und Chevalier

Jackson angewendet wurde, sondern auch durch Coolidge und Inosher (Boston), R. H. Johnston und Buzan (Washington) und durch mich selbst und meine Assistenten. Ich habe keine Todesfälle erlebt. Für die Untersuchung des Larynx bedeutet einen weiteren Fortschritt das Pharyngoskop von Dr. Harold Hays (New York) welche Dr. Delavan uns demonstriren wird.

v. Eicken (Freiburg): M. H.! Wenn ich nicht alle Namen der Collegen genannt habe, die sich um die directe Methode Verdienste erworben haben, so bitte ich mir zugute zu halten, dass ihre Zahl schon 200 und die Zahl ihrer Arbeiten 1000 übersteigt. Ich werde in einer ausführlichen Arbeit sie alle zu würdigen suchen; in der mir zur Verfügung stehenden kurzen Zeit war das nicht möglich.

Réthi (Wien): Der weiche Gaumen und seine Beziehungen zum Nervensystem. (Vortrag.)

Gegenstand des Vortrags sind einerseits die motorischen und anderseits die secretorischen Nerven des weichen Gaumens. Die Annahme, dass der Facialis der motorische Nerv sei, ist unhaltbar. Die anatomischen Untersuchungen sind in dieser Richtung nicht zu verwerthen. Die zweifellos sicher gestellten klinischen Beobachtungen und Sectionsbefunde zeigen, dass der Facialis mit der motorischen Innervation des weichen Gaumens nichts zu thun habe, und die experimentellen Untersuchungen von Réthi bei verschiedenen Thiergattungen (Kaninchen, Hunden, Katzen und Affen) haben ergeben, dass Reizung des Facialis bei richtiger Versuchsanordnung niemals Bewegung des Gaumens zur Folge hat, sondern dass der Vagus die motorischen Nerven für den Levator veli palatini liefert. Es gelang Réthi diese Fasern von der Vaguswurzel angefangen bis zum Velum zu verfolgen. Beim Menschen muss dasselbe Verhalten angenommen werden. Das relativ häufige Zusammentreffen von Otitis und Gaumenlähmung ist zwar bekannt, doch weiss man über den inneren Zusammenhang nichts Bestimmtes; vielleicht wird da der in grosser Nähe befindliche und sehr vulnerable Vagus durch denselben Process geschädigt.

Réthi deckte auch die secretorischen Gaumennerven, ihre Centren und ihren peripheren Verlauf auf und zeigte, dass sowohl der Facialis als auch der Sympathicus die secretorischen Fasern liefert. Das durch Facialisreizung gewonnene Secret hat eine andere Beschaffenheit, insbesondere ist es reicher an fetten Substanzen als das Sympathicussecret. Die von einzelnen Anatomen vom Facialisstamm durch den N. petrosus superficialis major verfolgten Fasern, die früher als motorisch gedeutet wurden, sind eben diese secretorischen Facialisfasern.

Sargnon (Lyon) und Barlatier (Romans): Die chirurgische Behandlung von laryngo-trachealen Stenosen. (Referat.)

In dieser Arbeit beschäftigen sich die Referenten mit den allgemeinen Methoden und operativen Indicationen, der Natur der Veränderungen ensprechend. Die allgemeinen Methoden sind: die endolaryngealen Eingriffe, directe oder indirecte, und die äusseren Methoden. Reff. beschäftigen sich besonders mit der subglottischen directen retrograden Tracheoskopie, mit der Intubation und mit der inneren Kautschukerweiterung. Von den blutigen Methoden werden besonders erwähnt:

die „Stomien" der Luftwege, hauptsächlich die Tracheolaryngostomie, welche Reff. methodisch ausgebildet haben, besonders für die Heilung der narbigen Laryngotrachealstenosen und recidivirenden Papillome. Sie geben der äusseren Kautschukerweiterung den Vorzug. Sie referirten über 16 eigene Laryngostomiefälle. Es wurden im Ganzen 70 ausgeführt. Die Athmungsresultate sind gut, die Sprache sehr gebessert, weil die Stimmbänder sich wieder bildeten.

Indicationen und Resultate: Die Referenten empfehlen dieselben: 1. bei den äusserlichen Laryngo-trachealstenosen, 2. bei den oberen Larynx- und Trachealstenosen und 3. bei den Trachealerkrankungen.

Die äusserlichen Laryngo-trachealerkrankungen sind mannigfach. Besonders zu erwähnen sind die durch Schilddrüsen und Thymus bedingten Zusammendrückungen. Die Entfernung der Verengerung soll jedesmal, wenn möglich, der Tracheotomie vorgezogen werden, weil letztere besonders schwer ist bei bösartigen Neubildungen. Bei den inneren Kehlkopf- und oberen Trachealverengungen und für die acuten Entzündungen, besonders bei Kindern, empfehlen Reff. die Intubation, in Fällen wo Morphin versagt. Die Tracheotomie ist besonders indicirt für den Laryngotyphus und Kehlkopfabscess. Bei Laryngosyphilis haben die Intubation und Tracheotomie ihre Indicationen. Die Tracheotomie ist nur für die schwersten tuberculösen Verengerungen anzuwenden. Bei den narbigen Verengungen, die den innerlichen Erweiterungen so oft widerstehen, giebt die Laryngostomie mehr Erfolg als die Laryngofissur. Die den Kehlkopf verstopfenden Papillome werden durch directen Weg entfernt, wenn die Dyspnoe eine leichte ist, in gegensätzlichem Falle durch Tracheotomie, durch Laryngostomie im Falle des Nichtgelingens oder Recidiv. Bei Kehlkopfspasmus von kurzer Dauer wird die Intubation empfohlen, bei den recividirenden Fällen und Lähmungen die Tracheotomie. Die Laryngofissur und Laryngectomie erwiesen gute Erfolge bei bösartigen Neubildungen. Die tiefe Trachealstenose ist schwer zu verbessern, die innere Erweiterung, die Einschnitte und die Abtragung durch directen und auf trachealem Wege geben befriedigende Ergebnisse. Was die bösartigen primären oder secundären Trachealtumoren anbelangt, ist die Prognose äusserst ungünstig und ihre radicale Entfernung sehr oft unmöglich.

Donogány (Budapest).

(Fortsetzung folgt.)

III. Briefkasten.

Danksagung.

Allen meinen lieben Collegen, die bei Gelegenheit des XVI. Internationalen Aerzte-Congresses an der mich so sehr ehrenden Adresse Theil genommen haben, sage ich hiermit meinen innigsten Dank.

Dr. Eduard Löri,
Budapest.

Zur Frage der Ehrenpräsidenten bei den Internationalen Congressen.

Herr Prof. Onodi (Budapest) hat an den Herausgeber des Centralblatts als den Secretair des permanenten Comités für die Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse folgendes Schreiben gerichtet, dessen Veröffentlichung an dieser Stelle er anheimgestellt hat.

Sehr geehrter Herr Redacteur!

In der Octobernummer Ihres Centralblatts lese ich Ihre Reflexionen über die laryngologische Section des XVI. Internationalen Congressess und den Sitzungsbericht des permanenten Comités für die Internationalen Congresse für Laryngo-Rhinologie. Sie haben in Ihren Reflexionen die Frage der Ehrenpräsidenten auch berührt. Mit Ihren kritischen Bemerkungen bin ich auch einverstanden, und da ich von der enormen Zahl der vorgeschlagenen Ehrenpräsidenten absolut keine Kenntniss hatte, so kann ich um so objectiver meine Bemerkungen diesbezüglich machen. Bezüglich der Arbeitsordnung hat das permanente Comité mehrere Beschlüsse gefasst; ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auch auf diese Frage lenken.

Im Centralblatt, in der Berliner klinischen Wochenschrift und in anderen medicinischen Journalen ist die Frage der Ehrenpräsidenten wiederholt aufgeworfen und kritisirt worden, aber, wie wir sehen, ohne Resultat. Auf jedem Congresse begegnen wir fast immer derselben Liste der Ehrenpräsidenten; es sind zunächst die bekannten Vertreter des Faches. Auf dem Wiener Congress figurirten schon Namen, die wir überhaupt zum ersten Male hörten; in Budapest stieg die Zahl der Ehrenpräsidenten so, dass sie fast die Hälfte der Theilnehmer zu erreichen schien. Dabei ist zu bemerken, dass einige der gewählten Ehrenpräsidenten gar nicht am Congress theilgenommen hatten oder sich nicht mehr unter den Lebenden befanden.

Die Aufgabe des Ehrenpräsidenten ist eine ernste; seine Wahl ist entschieden eine Ehrung. Der Ehrenpräsident hat die Sitzung zu leiten, die Tagesordnung zu überwachen und die wissenschaftliche Arbeit würdevoll zu führen. Es ist selbstredend, dass diese Aufgabe illusorisch wird bei einer täglich wechselnden grösseren Zahl der Ehrenpräsidenten. Und da es sich dabei eigentlich um eine überaus grosse Höflichkeit handelt, so kann und soll sich diese in anderen collegialen Formen äussern.

Das permanente Comité sollte auch diese Frage regeln und beschliessen, dass entsprechend den Vormittags- und Nachmittagssitzungen die Zahl der Ehrenpräsidenten festgestellt und ihre Wahl unter den anwesenden Collegen getroffen werde; die Ehrung soll den Verdiensten gelten, die sie sich um Aufbau und Entwickelung unserer Fachwissenschaft erworben haben. Es wäre somit auf der einen Seite die ständige Ehrenpräsidentenliste, auf der anderen Seite wären die oben erwähnten Auswüchse zu beseitigen.

Onodi.

Personalnachrichten.

An der Universität Sassari ist ein Lehrstuhl für Oto-Rhino-Laryngologie eingerichtet worden, auf den Prof. Dr. De Carli berufen worden ist.

Dr. Carlo De Rossi ist zur Privatdocentur in Rom zugelassen worden.

An der Academie in Cöln wurde der vereinigte Lehrauftrag für Otologie und Rhino-Laryngologie dem Prof. Dr. Preysing übertragen.

Dr. Emil Glas ist zur Privatdocentur für Rhino-Laryngologie an der Universität Wien zugelassen worden.

Redactionelles.

Herr Dr. Brindel (Bordeaux) ist aus der Mitarbeiterschaft des Centralblatts ausgeschieden. Wir sprechen ihm auch an dieser Stelle für die dem Blatte geleisteten Dienste unseren Dank aus. An seiner Stelle wird Herr Dr. Lautmann (Paris) einen Theil der französischen Literatur referiren.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXV. Berlin, December. 1909. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Trofimow. Bericht über die Thätigkeit der neueröffneten klinischen Abtheilung an der Universität Kiew. (Otscherk dejatelnosti wnow otkritawo spetsiwlnawo klinitsch. otdelenija uniwersitita sw. Wladimira w g. Kiewe.)** *Jeshemesjatschnik. No. 7. p. 303. 1908.*

Die Abtheilung functionirt unter der Leitung von N. Trofimow seit dem 1. Juli 1906. Bestätigt wurde sie erst 1907.

Im Jahre 1907 sind in der Abtheilung 261 Operationen ausgeführt worden mit 10 Todesfällen. Die meisten Operationen betrafen Ohrenkranke.

Besonders hervorzuheben verdient die Art der allgemeinen Narkose. Sie wird nach Dr. Krushilin per rectum mit Aether ausgeführt. P. HELLAT.

2) **Jürgens. Ueber die Lage der Ohren- und Halskranken während des russisch-japanischen Krieges. (K woprosu o poloshenii stradawschich uschminii gorlowini bolesjami wo wremja biwshei rusko-japonskoi boini.)** *Jeshemesjatschnik. No. 6. p. 268. 1908.*

J. hält es für ein Hauptübel, dass trotz der grossen Anzahl einberufener Specialisten oto-rhinologische Patienten keine specialistische Hülfe haben konnten. Specialisten für Ohren-Rachenkrankheiten mussten sich mit Diarrhoen und Dermatosen beschäftigen, während Syphilidologen und Accoucheurs Larynxkranke in Behandlung hatten.

Ferner fehlten jegliche specialistischen Instrumente.

Zum Schluss wird das ungemein günstige Klima der Mandschurei für die Leiden der oberen Luftwege hervorgehoben. P. HELLAT.

3) **Chiari** (Wien). **Einige Beispiele von der Thätigkeit des Laryngo-Rhinologen als Sachverständigen.** *Medic. Klinik. 38. 1909.*

Die ärztlichen Gutachten betreffen eine traumatische Stenose des Oesophagus, die Chiari als eine traumatische Neurose auffassen musste, welche durch Schreck

entstanden war. In einem zweiten Falle, war Klage gestellt worden, weil bei der Aetzung von Geschwüren im Rachen mit Lapisstift ein 2 cm langes Stück von diesem abgebrochen und verschluckt worden war. Es musste dies als ein unglücklicher Zufall, nicht als Kunstfehler bezeichnet werden. Auch im dritten Falle, wo ein angeblicher Kunstfehler bei Septumoperation gemacht worden sein sollte, konnte die Klage als unberechtigt zurückgewiesen werden. SEIFERT.

4) **Notiz des Herausgebers. Die gewöhnliche „Erkältung". (The ordinary „cold".)** *N. Y. Medical Journal. 10. April 1909.*

Verf. lässt das ganze therapeutische Rüstzeug, das bei acuten Rhinopharyngitiden angewandt wird, Revue passieren, um zu dem Resultat zu kommen, dass fast jedes Mittel für gewisse Fälle hilft, aber nicht für alle. LEFFERTS.

5) **John A. Fordyce. Einige Affectionen der Mund- und Rachenhöhle, die auf Hautkrankheiten zu beziehen sind. (Some affections of the oral and nasal cavities which are related to skin diseases.)** *N. Y. Medical Journal. 6. März 1909.*

Die Beziehungen zwischen Affectionen der äusseren Haut und der Schleimhaut der oberen Luftwege ergeben sich nicht nur bei den reinen Dermatosen, sondern auch bei den acuten exanthematischen Krankheiten (Koplik'sche Flecken bei Masern, Pusteln im Mund bei Pocken, Himbeerzunge bei Scharlach etc.).

Die Eruptionen auf der Schleimhaut zeigen gewisse Eigenthümlichkeiten gegenüber denen auf der Haut, so dass die Diagnose dadurch schwieriger wird. So ist infolge der grösseren Transparenz der Schleimhaut der Farbencontrast nicht so gross; infolge der Feuchtigkeit und Maceration, sowie durch secundäre Infection treten Veränderungen ein u. s. w. LEFFERTS.

6) **Felix Cohn. Die eruptiven Zustände in Nase und Hals vom laryngologischen Standpunkt betrachtet. (The eruptive conditions of the nose and throat; their consideration from the point of view of the Laryngologist.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Ref. macht ausser auf die bekannten Schleimhauterscheinungen bei Masern und Scharlach aufmerksam auf eine eigenthümliche circumscripte, herpesartige Eruption auf den Tonsillen und den hinteren Rändern der Zunge als erstes Symptom beim Typhus; es kann ein paar Tage lang eine Diphtherie vorgetäuscht werden.

Herpes der Schleimhaut kann in viererlei Art auftreten: 1. fieberhaft mit einer gleichzeitigen Hauterkrankung, 2. an Stelle der Hautaffection, 3. als Vorläufer der Hautaffection, 4. unabhängig von jeder Dermatose als reine Halsaffection.

Chronischer Herpes ist verhältnismässig selten; seine differentielle Diagnose, z. B. gegenüber dem chronischen Pemphigus, ist sehr schwer. Vom chronischen Pemphigus der Schleimhaut hat Ref. 4 Fälle gesehen.

Verf. bespricht dann noch den Lichen ruber planus, die durch Arzneimittel hervorgerufenen Erscheinungen und das angioneurotische Oedem. EMIL MAYER.

7) **Louis Fischer. Eruptionen in Nase und Hals bei Kindern vom pädiatrischen Standpunkt. (Eruptive manifestations in the nose and throat of children from a pediatric standpoint.)** *The Laryngoscope. März 1909.*

Bei vielen fieberhaften Erkrankungen der Kinder treten herpetische oder urticariaähnliche oder ulcerative Eruptionen in den oberen Luftwegen auf.

Die bei Kindern am häufigsten angetroffenen eruptiven Erscheinungen sind: Die Angina ulcero-membranacea, Urticaria, angioneurotisches Oedem, Psoriasis, Scleroderma, Erysipel, Pemphigus, Pseudocalloid (Fordyce's Disease), Pseudoherpes, Psilosis, Leukoplakie.

EMIL MAYER.

8) **L. Grünwald** (München). **Ueber psychisch bedingte Erscheinungen im Bereich der oberen Luftwege.** *Münch. med. Wochenschr. No. 33. 1909.*

Die interessante Arbeit eignet sich nicht zu kurzem Referat und muss im Original nachgelesen werden.

HECHT.

9) **Wilhelm Grosskopf** (Osnabrück). **Einfluss der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes auf die oberen Luftwege.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. S. 507. 1908.*

Es ergiebt sich aus Untersuchungen an 50 Fällen folgender Schluss:

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind zweifellos von Einfluss auf die oberen Luftwege, und zwar setzen die Veränderungen während der Schwangerschaft ein, erfahren im weiteren Verlaufe derselben eine Steigerung, um im Wochenbett wieder zu schwinden. Die Veränderungen sind entzündlicher Natur; so erklärt sich, da die entzündlich veränderte Kehlkopfschleimhaut ihres natürlichen Schutzes gegen das Eindringen von Krankheitserregern beraubt ist, die Prädisposition der Schwangerschaft für Kehlkopftuberculose. Eine auffallende Erscheinung ist die Thatsache, dass starke Blutungen in der Geburt durch anämische Zustände, schwere und langdauernde Geburten sich durch Blutaustritte in die oberen Luftwege bemerkbar machen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

10) **J. W. Gleitsmann** (New York). **Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege.** (Referat über Tuberculose und Lupus der Nase, des Nasenrachenraumes und Pharynx für den Internationalen Laryngo-Rhinologencongress. Wien, April 1908.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 110. 1908.*

Von neueren Behandlungsmethoden wird besonders die contactlose Heissluftcauterisation von Holländer lobend hervorgehoben. Sie besteht in der Application eines heissen Luftstroms von 300—400° auf die erkrankte Stelle, ohne sie selbst zu berühren. Durch die Hitze werden die Bacillen getödtet und Nekrose hervorgerufen.

Ebenfalls wird die Behandlung mit Tuberculin warm empfohlen, bei deren vorsichtiger Anwendung Verf. nie unangenehme Reactionen oder Zufälle gehabt hat; nur bei ausgedehnten Infiltrationen im Larynx ist äusserste Sorgfalt nöthig, oder auch gänzliche Vermeidung der Kur, um Erstickungsgefahr infolge einer etwaigen reactiven Schwellung zu vermeiden. Gute Erfolge mit Radium werden berichtet.

Verf. räth ferner, sich von der etwaigen Existenz von Tuberculose der hypertrophischen Rachenmandel zu überzeugen. Um eine zu befürchtende Infection und Weiterverbreitung der Tuberculose zu verhindern, ist sorgfältige Nachbehandlung, wie Reinigung, Cauterisation der Wunde u. s. w. zu empfehlen. Verf. hat durch Ausserachtlassung dieser Cautelen nach Operation einer sonst ganz latenten Mandelaffection eine Lungentuberculose entstehen sehen.

Ausserdem ist nach Ansicht des Verf. Entfernung etwa vorhandener infiltrirter Lymphdrüsen dringend zu rathen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

11) **Most** (Breslau). **Die Infectionswege der Tuberculose.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 8. 1908.*

Aus der interessanten Arbeit des durch seine Untersuchungen über die Lymphbahnen rühmlich bekannten Autors interessiren hier zunächst die Abschnitte über Beziehungen der Lungentuberculose zu den Halslymphdrüsen resp. Tonsillengebiet und der Rachenschleimhaut.

Der Autor kommt zu dem Schluss, dass ein Infectionsweg, der von der Tonsillengegend über das Halslymphgebiet zur Pleuragruppe führen soll, nicht existirt.

Ebenso kommt nicht, höchstens in ganz vereinzelten Fällen der zweite Infectionsweg, der vom Rachenlymphgebiet auf die tracheo-bronchialen Drüsen hinübergehen soll, in Frage.

Bezüglich der Halsdrüsentuberculose resumirt der Verf. auf Grund eigener Untersuchungen an 47 operirten Fällen, dass in etwa einem Drittel der Fälle die Halsdrüsentuberculose in den Gesichtspartien ihre Ursache hat, und hier spielen die sogenannten scrophulösen Ekzeme um Mund, Nase und Auge wohl die bedeutsamste Rolle. In mindestens zwei Dritteln der Fälle sind wir auf die Schleimhaut der Nasen- und Rachenhöhle als Infectionsquelle hingewiesen, und hier ist wiederum der lymphatische Rachenring der ätiologisch wichtigste Factor.

ALBANUS (ZARNIKO).

12) **Sabourin. Rückwirkung von Rhinopharyngitiden auf die Lungentuberculose. (Répercussion de rhino-pharyngites sur la tuberculose pulmonaire.)** *Journal des Praticiens. 14. August 1909.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass bei Phthisikern während acuter Rhino-Pharyngitiden eine Verschlechterung der Lungenerscheinungen zu beobachten ist: wo vorher trockene Geräusche vorhanden waren, traten feuchte auf, und auch an Stellen, die bereits geheilt waren, traten solche auf. GONTIER de la ROCHE.

13) **F. Robert Zeit. Ein Fall von acutem Rotz beim Menschen. (A case of acute human glanders.)** *N. Y. Medical Journal. 23. Januar 1909.*

Verf. beschreibt einen Fall, der mit dünnem wässerigem Ausfluss aus der Nase und Schmerzen in der linken Schulter und starkem, eine halbe Stunde anhaltendem Schüttelfrost mit nachfolgender extremer Schwäche in den unteren Extremitäten begann. Die Schulterschmerzen und die Störungen des Allgemeinbefindens hielten eine Woche lang an, dann traten typhusähnliche Symptome auf: Delirium in der Nacht, hohes Fieber, Kopfschmerzen, Diarrhoe und Schmerzen in

der linken Schulter. Es stellte sich Schwellung und Schmerzhaftigkeit des linken Beins ein, gewisse Rigidität der Nackenmusculatur, gesteigerte Reflexerregbarkeit, dabei normale Morgentemperaturen. Ein paar, klares Serum enthaltende Bläschen zeigten sich auf der linken Schulter.

Bei der vom Arzte am 26. Krankheitstage vorgenommenen Untersuchung wurde Pat. delirirend mit starren Augen, rother trockener Zunge, verstopfter Nase im Bett gefunden. Die linke Schulter war mit Bläschen bedeckt. Der Puls war flatternd, aussetzend. Ueber der linken Fibula, gerade unterhalb des Knies fand sich ein ungefähr 50pfennigstückgrosser, sehr schmerzhafter, harter und unebener Knoten. Der pustulöse Ausschlag breitete sich über die linke Brustseite bis zum Nabel, nach oben auf das Gesicht und vom rechten Handgelenk bis zum Ellenbogen aus. Der Urin enthielt etwas Eiweiss, gab keine Diazoreaction; Widal war negativ. Die Bacillen waren gramnegativ. Es wurden charakteristische Culturen erhalten; subcutane und intraperitoneale Impfung auf Meerschweinchen war negativ.

LEFFERTS.

14) **Gaston** und **Commandon** (Paris). **Das Ultramikroskop und seine wesentliche Rolle bei der Diagnose der Syphilis. (L'ultramicroscope et son rôle essentiel dans le diagnostic de la syphilis.)** *Société Médicale des Hôpitaux. 19. März 1909.*

Verf. behaupten, dass es selbst in Fällen, wo die Infection mehrere Jahre zurückdatirt, möglich sei, im Pharynx die Spirochaeta pallida nachzuweisen.

GONTIER de la ROCHE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **M. Perrin. Beitrag zur Entwickelung der Nasenhöhle. (Contribution à l'étude du développement des fosses nasales.)** *Dissert. Lille 1908.*

In vorliegender Arbeit über die Entwicklung der Nasenhöhle stützt sich P. nicht auf eigene Untersuchungen, sondern referirt den französischen Lesern die Arbeiten deutscher Autoren, vor Allem die grundlegenden Untersuchungen von His.

OPPIKOFER.

16) **Zoltán von Lénárt** (Budapest). **Experimentelle Studie über den Zusammenhang des Lymphgefässsystems der Nasenhöhle und der Tonsillen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Die Ergebnisse der Experimente — bestehend in Injection körniger, in Wasser und in der Gewebsflüssigkeit unlöslicher Stoffe in die Nasenschleimhaut von Kaninchen, Hunden und Ferkeln unter minimalem Drucke — sind folgende:

1. Die injicirten Massen können von der Nasenschleimhaut vermittelst der Lymphbahnen in die Tonsillen gelangen. Hierdurch wird experimentell bestätigt, dass Infectionskeime aus der Nase durch die Lymphbahnen in die Mandeln überwandern und hier eine Entzündung hervorrufen können.

2. Bestätigung der Annahme A. Most's über die Lymphströmung der Nase und des Rachens in vivo, auf welche er nach seinen anatomischen Untersuchungen schloss.

3. Fremdkörper der Tonsillen werden zum Theil gegen deren Oberfläche ausgeschaltet.

4. Zwischen den Lymphgefässen beider Tonsillen besteht ein inniger Zusammenhang, da nach einseitiger Injection die Körnchen nicht nur in die correspondirende, sondern auch in die anderseitige Tonsille eindringen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

17) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Ueber die Proportionen der Geruchscompensation.** *Onderzoekingen Physiol. Lab. Utrecht. 5. Reihe. IX.*

18) **H. Zwaardemaker. Die vektorielle Darstellung eines Systems von Geruchscompensationen.** *Ibidem.*

Weitere Arbeiten zur Physiologie des Geruchssinnes.

H. BURGER.

19) **Onodi** (Budapest). **Intermittirende Störungen des Geruchssinns.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1909.*

O. hat 4 Fälle von intermittirender Anosmie beobachtet und giebt eine kurze Schilderung der beobachteten Symptome.

v. NAVRATIL-POLYAK.

20) **Charles K. Mills. Die Hirncentren für Geruch und Geschmack. (The cerebral centres for taste and smell.)** *N. Y. Medical Journal. 19. September 1908.*

Verf. berichtet über einen Patienten, der 10 Jahre lang Anfälle von Bewusstlosigkeit hatte, denen bisweilen Convulsionen folgten. Es ergab sich, dass der Geschmackssinn gestört, der Geruch aber erhalten war. Die Gehirnsection zeigte einen Tumor in der linken Hemisphäre, welche viel grösser war als die rechte.

In der epikritischen Betrachtung des Falles kommt Verf. zu dem Schluss, dass die motorischen und sensorischen Centren, die bei Epilepsie mit gastro-intestinaler Aura in Betracht kommen, in derselben Hirnregion liegen, wie die corticalen Centren für Geschmack und Geruch.

LEFFERTS.

21) **A. Jurasz** (Lemberg). **Kälteapplication auf den Nacken bei Nasenbluten.** *Münch. med. Wochenschr. No. 35. 1909.*

Bezugnehmend auf die Muck'sche Arbeit (Münch. med. Wochenschr. 1909. No. 29) macht Jurasz — unter Mittheilung einer einschlägigen Krankengeschichte — auf die prompte Wirkung der Kälteapplication auf den Nacken bei Nasenbluten aufmerksam. Dieses längst bekannte und viel gebrauchte Volksmittel — Auflegen eines in Eiswasser eingetauchten und ausgedrückten Handtuches oder Auflegen kalter Schlüssel auf den Nacken — ruft reflectorisch eine Contraction der Nasenschleimhaut-Blutgefässe hervor und lässt dadurch, wenn auch nur vorübergehend, die Blutung schnell zum Stillstand kommen.

HECHT.

22) **O. Muck** (Essen). **Ueber eine durch cutane Kälteeinwirkung auf die Nackengegend periodisch zu erzeugende Ischämie der congestionirten Nasenschleimhaut. Ein prophylaktisch-therapeutischer Vorschlag für nasale Reflexneurosen (Asthma bronchiale und Rhinitis vasomotoria).** *Münch. med. Wochenschr. No. 29. 1909.*

Muck erörtert die anatomischen und physiologischen Beziehungen zwischen Medulla oblongata und Nasenschleimhaut und empfiehlt das durch Kältereiz auf

die Nackenhaut zu erzielende Abschwellungsphänomen der Nasenschleimhaut zu therapeutischen Zwecken. Es ist neben der Kältewirkung noch „der mechanische Reiz des direct auf den Nacken aufspritzenden Wassers" zur Erzielung der vollständigen Reaction nöthig. Auflegen von nassen Tüchern oder Eisbeutel wirken nur unvollkommen; am zweckmässigsten ist die Brause oder Uebergiessung mehrerer Liter kalten Wassers über den Nacken. Muck berichtet über einen auf diese Weise therapeutisch sehr günstig beeinflussten Fall von Asthma bronchiale nasale und empfiehlt die gleiche Therapie bei vasomotorischer Rhinitis, sowie bei protrahirtem Verlauf acuter Rhinitiden. Zugleich warnt M. vor der localen Application des Cocains bei derartig chronischen Erkrankungen wegen der Gefahr des Cocainismus.

HECHT.

23) **R. Helot. Der „kalte Schlüssel" auf den Rücken bei Nasenbluten. (The cold key to the back in epistaxis.)** *N. Y. Medical Journal. 5. October 1907.*

Verf. spricht von der günstigen Wirkung, die bisweilen die Anwendung der Kälte bei Nasenbluten hat, und von dem Volksgebrauch, diese Kältewirkung durch Application von Metallgegenständen, besonders von grossen Schlüsseln in den Nacken zu erzielen.

LEFFERTS.

24) **Angelo Signorelli. Linksseitiges Nasenbluten vor den Anfällen bei Malaria. (Epistassi preaccessionale sinistra nelle infezione malarica.)** *Atti delle Clinica oto rino-laringoiatrica di Roma. 1908.*

Verf. hat bei Malariakranken bei Auftreten des Fieberanfalles linksseitiges Nasenbluten beobachtet, ohne dass anatomische Veränderungen an der Nasenschleimhaut zu constatiren waren. Er erklärt dies durch starke vasomotorische Reactionen, die durch den malarischen Fieberanfall ausgelöst werden und durch die vorübergehende Zunahme des Blutdrucks im Beginn des Anfalls.

FINDER.

25) **Mühlenkamp. Ueber die diametral gegenüberstehenden Folgeerscheinungen zweier Fremdkörper in der Nase.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1909.*

In dem ersten Falle, 3—4jähriges Kind, hatte ein metallischer, mit einer Oese versehener runder Knopf durch $1^1/_2$ Jahre hindurch in der Nase gesteckt und durch die hierdurch bedingte Reizung zu Granulationsbildung und Eiterung geführt, die eine starke Entzündung des rechten Cavum nasi mit partiellem Defect des rechten Nasenflügels im Gefolge hatte. Im Gegensatz hierzu berichtet Autor einen zweiten Fall, in dem bei einem 25jährigen Patienten eine kleine Kugel von einer Kinderrechenmaschine ca. 19 Jahre vollkommen reactionslos vor dem Kopfe der mittleren Muschel lag.

HECHT.

26) **G. Krebs** (Hildesheim), **Fremdkörper in der Nasenhöhle als Ursache für Oberkieferempyem. (Foreign bodies in the nasal cavity as a cause of maxillary empyema.)** *Archives Otology. Juni-August 1908.*

Es werden zwei Fälle angeführt, von denen der eine durch ein Getreidekorn in der Nase verursacht wurde. Es stand fest, dass vor Eindringen des Fremdkörpers die Höhle gesund war. Um das Korn bildeten sich Granulationen und von da aus ging die Infection der Höhle vor sich.

EMIL MAYER.

27) Gorodetzki. **Ueberzähliger Zahn in der Nasenhöhle. (Dobawotschni sub w polosti nosa.)** *Jeshemesjatschnik. p. 541. 1908.*

Klagen — Undurchgängigkeit der Nase und beständiger Schnupfen. Zahnreihe erhalten, complet.

P. HELLAT.

28) D. L. Sevrill. **Fremdkörper 44 Jahre in der Nase. (Foreign bodies in the nose for 44 years.)** *Lancet. Vol. II. p. 712. 1909.*

Ein in der Nase seit 44 Jahren steckender Knopf bildete den Kern eines grossen Rhinolithen, der nahe der linken Choane sass.

WATSON WILLIAMS.

29) Dodin. **Ueberzähliger Zahn in der Nasenhöhle. (Dobawotschni sub w nosowoi polosti.)** *Jeshemesjatschnik. p. 399. 1908.*

Die Ueberschrift besagt alles.

P. HELLAT.

30) Faure. **Grosser Rhinolith in der rechten Nase. (Rhinolithe volumineux de la narine droite.)** *Soc. des sciences méd. de la Loire. 1908.*

Frau mit Nasenverstopfung und eitriger Absonderung. Verf. entfernte zuerst eine käsige Masse, dann ein Stück eines Drains, das bei einer früher stattgehabten endonasalen Behandlung vergessen worden war.

C. CARTAZ.

31) A. Putschkowski (Smolensk). **Zur Casuistik der Rhinolithen. (K kasuistike rinolitow.)** *Wratschebnaja Gaseta. No. 29 u. 30. 1908.*

Ein Nasenstein bei einem Erwachsenen. Die ausführliche Besprechung des Falles enthält nichts Neues.

P. HELLAT.

32) J. Alksne (Libau). **Zur Casuistik der Nasensteine.** *Zeitschr. f. Laryngol. Rhinol. und ihre Grenzgebiete. Bd. II. S. 15. 1909.*

Der 6 g schwere Stein wurde bei dem 23jährigen Patienten aus der rechten Nasenhälfte extrahirt, enthielt in seinem Innern den Kern einer Sonnenblume und bestand hauptsächlich aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk.

OPPIKOFER.

33) A. J. Schapiro. **Zur Frage über den Einfluss der behinderten Nasenathmung auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes, auf die Athmung und Circulation. (K woprosu o wlijanii satrudnennawo nossowawo dichania na morfologitscheski sostaw krowi, dichanie i krowoobruschtschenie.)** *Dissert. Moskau 1907.*

Als Folge des behinderten Luftzutritts in die Lungen führt Verf. folgende Erscheinungen an: Bei Kindern (es wurden 131 Kinder mit Rachenwucherungen untersucht) 1. ist die Zahl der Erythrocyten subnormal, der Leukocyten aber bedeutend vergrössert, 2. ist die Operation der Rachenmandel von keinem Einfluss auf die rothen Blutkörperchen, die Leukocyten aber verringern sich danach zusehends.

Die Versuche an jungen Hunden, denen die Nase längere Zeit tamponirt war, ergaben folgendes: 1. Das Athmen wird langsamer, die Excursionen des Thorax grösser, das Diaphragma nimmt eine tiefere Stellung und der Druck in der Trachea wird höher, 2. der arterielle Druck und der Druck in den peripheren Venen wird grösser, im rechten Ventrikel und an den Venenmündungen aber geringer, 3. ein

Anwachsen der Erythro- und Leukocyten und des Hämoglobins des Blutes, 4. bei der Section ein deutliches Emphysem, 5. wirkt die einseitige Nasenverstopfung weder auf die Blutcirculation, noch auf die Athmung des Thieres.

GOLDSTEIN-HELLAT.

34) **Donald T. Atkinson. Einige Wirkungen der Nasenstenose. (Some results of nasal stenosis.)** *Texas State Journal of Medicine. Mai 1909.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die verschiedenen durch Nasenverstopfung bedingten reflectorischen und mechanischen Störungen.

EMIL MAYER.

35) **Otto Glogau. Nasenverstopfung bei Kindern. (Nasal obstruction in children.)** *American Medicine. April 1909.*

Verf. theilt die Nasenverstopfungen in 2 Gruppen: weiche Nasenverstopfungen und harte; erstere resultieren aus acuten oder chronischen Veränderungen der Schleimhaut, letztere aus angeborenen oder erworbenen Veränderungen des knorpligknöchernen Stützwerkes.

Verf. setzt die Rachenmandel in einen Vergleich zur Schilddrüse und meint, wenn der „Furor adenoidicus“ erst vorüber sein werde, werde man erst die Symptome der „Cachexia adenoipriva“ kennen lernen und conservativer werden in Bezug auf die Entfernung eines Organs, dessen Functionen wir nicht kennen.

Unter 2064 Kindern fand Verf. bei 1600 Septumverbiegungen; von diesen waren 342 unter 7 Jahren und 91 unter 4 Jahren.

EMIL MAYER.

36) **Réthi** (Wien). **Die Verstopfung der Nase in ihren örtlichen und allgemeinen Beziehungen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 21 u. 22. 1909.*

Ein für die allgemein practizirenden Aerzte bestimmter Vortrag in einem Bezirksärzte-Verein in Wien.

HANSZEL.

37) **O. Chiari. Ueber angeborene, membranöse, retronasale Verschlüsse der Choanen.** (Nach einem auf der 80. Versamml. Deutscher Naturforsch. u. Aerzte in Köln 1908 gehaltenen Vortrage.) *Wiener med. Wochenschr. No. 11. 1909.*

Ch. fand bei den verschiedenen Formen dieser retronasalen Membranen als gemeinsame Eigentümlichkeiten, dass die Membran sich zwischen dem oberen Velumrande, dem Rachendach und den seitlichen Rachenwänden ausspannt, die Tubenostien von hinten her deckt, dass sich die Membran durch Velumbewegung bewegt, die knöcherne Choanalumrandung nicht verengt ist, die Operation meist sehr einfach ist. Sehr wichtig ist die histologische Untersuchung der Membran zum Zwecke der Constatirung des congenitalen Ursprungs, was bisher nur in zwei Fällen geschah.

HANSZEL.

38) **Otto Kahler** (Wien.) **Ueber congenitale knöcherne Choanalatresie.** *Mit 2 Fig. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinol. Heft 1. 1909.*

Nach Mittheilung der Krankengeschichten von 9 einschlägigen Fällen aus der Chiari'schen Klinik und kritischen Besprechung der vom Autor in der Literatur gefundenen verschiedenen Theorien über Ursache und Folgeerscheinungen der congenitalen Choanalatresien, sowie Erörterung der Frage über den Einfluss der Mundathmung auf die Höhe des Gaumens, bespricht Verf. zum Schluss die Sym-

ptomatologie, Diagnose und Therapie. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

39) **J. P. Clark. Anormale Faltenbildung im Nasenrachen. (Anomalous folds in the nasopharynx.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 2. April 1908.*

Es handelt sich um symmetrische Gewebsfalten, die sich vom Rachendach zu jedem Tubenwulst ziehen und zwei Vorhängen ähneln, die hinter den Choanen liegen. Diese Falten sind sehr selten; wenn sie bei Trägern von Adenoiden vorkommen, so tragen sie zur Vermehrung der durch diese bedingten Störungen bei; ein Versuch, sie zu beseitigen, kann zur Verletzung der Tube führen. Es werden zwei Fälle mitgetheilt, in denen diese Falten an die Tubenwülste angeheftet waren und wie Portieren zum Rachendach herabzogen. Die mikroskopische Untersuchung von einem exstirpirten Stückchen der Falte ergab nur normale Rachenschleimhaut.

EMIL MAYER.

40) **Herm. Merkel** (Erlangen). **Zur Kenntniss der primären Tuberculose der Nasenschleimhaut.** *Münch med. Wochenschr. No. 23. 1909.*

Nach Besprechung des Infectionsmodus und der Entscheidung über secundäre und primäre Infection kritische Erörterung der einschlägigen Literatur und Mittheilung der Krankengeschichte und des Sectionsbefundes eines einschlägigen Falles. Es handelte sich um eine primäre käsige Tuberculose der Nasenrachenschleimhaut, die erst auf dem Sectionstische festgestellt wurde. Beachtenswerth ist, dass im Sputum stets Tuberkelbacillen gefunden wurden, obwohl nach sorgfältigstem Durchsuchen sämmtlicher Organe der Leiche der Nasenrachenherd als einzige Manifestirung der Tuberculose festgestellt werden konnte.

HECHT.

41) **Maljutin** (Moskau). **Eine neue plastische Operationsmethode bei Verwachsungen des Nasenrachenraumes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 55. 1908.*

Die bei dem Pat. erhaltene Uvula, die als unnützer Appendix in die Mundhöhle hineinragt, wurde zur Plastik benutzt.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

42) **Rowland G. Freeman. Adenoide bei Kindern. (Adenoids in children.)** *N. Y. Medical Record. 27. Februar. 1909.*

Verf. warnt vor dem Gebrauch von Anästheticis, besonders bei Kindern mit lymphatischer Constitution. Wenn ein Anästheticum gebraucht wird, so solle man Lachgas anwenden.

LEFFERTS.

43) **Arthur J. Herzig. Folgen der Adenoiden. (Sequelae of adenoids.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Februar 1909.*

Adenoide bei Kindern unter einem Jahr sollen als Schutz gegen Infection betrachtet und nur aus zwei Indicationen entfernt werden, nämlich wenn die Nahrungsaufnahme behindert ist und wegen Mittelohreiterung.

LEFFERTS.

44) **L. Williams. Adenoide Vegetationen, Enuresis nocturna und die Schilddrüse. (Adenoids, nocturnal incontinence and the thyroid gland.)** *Lancet. Vol. I p. 1245. 1909.*

Bericht über 25 Fälle von Enuresis nocturna bei Kindern mit adenoiden

Vegetationen, die mit Schilddrüsenextract behandelt wurden; in 24 Fällen mit Erfolg, in einem erfolglos. In dem ersten, einen 9jährigen Knaben betreffenden Fall, verschlechterte sich die Incontinenz nach der Operation, die hauptsächlich gemacht wurde, um diese Erscheinung zum Verschwinden zu bringen, derartig, dass Verf. meint, die Adenoiden wären möglicher Weise das Ergebniss einer Schilddrüseninsufficienz und stellten gewissermaassen eine Schutzmaassregel gegen die Enuresis nocturna durch ihre innere Secretion dar.

Verf. betont die Nothwendigkeit einer genauen Dosirung. Vor Allem soll die Anfangsdosis klein sein und die Steigerung sehr vorsichtig erfolgen. Die minimale wirksame Dosis soll fortgesetzt werden, denn bei Ueberdosirung tritt vermehrte Enuresis nocturna ein.

WATSON WILLIAMS.

45) **Joh. Fein** (Wien). **Zur Abtragung der Rachenmandel.** *Mit 2 Abbildungen. Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1909.*

F. berichtet über eine Modification, die er an seiner Curette vorgenommen hat: „Der Stiel weist eine wesentlich verkürzte Form auf. Der Winkel zwischen der Handgriffsachse und dem quer gebogenen Abschnitt des Stieles wurde sehr stumpf genommen und der eigentliche Handgriff noch massiger und ganz nach der Gestaltung der zufassenden Hohlhand geformt, um sicher und kräftig gehalten werden zu können." Hierdurch ist die „vollständige Entfernung aller Theile der Rachenmandel" sehr einfach geworden. Das neue Instrument wird in 4 Grössen von Reiner, Wien geliefert.

HECHT.

46) **W. C. Howle. Ein Fall von Henoch'scher Purpura. (A case of Henoch's Purpura.)** *Australasian Medical Gazette. 21. December 1908.*

Als Verf. den 8jährigen Patienten im Juni 1908 zuerst sah, bestanden Leibschmerzen, Erbrechen, blutiger Urin und ein purpurfarbenes Erythem an Armen, Beinen und Brust. Der Fall war 3 Monate lang in Beobachtung; Perioden der Besserung und Verschlimmerung wechselten. Während einer Periode relativen Wohlbefindens wurden auf Rath eines Consiliarius die adenoiden Vegetationen entfernt. Zwei Wochen später starb der Knabe.

In der Epikrise des Falles sucht Verf. die Erkrankung als eine wahrscheinlich von den Tonsillen und Adenoiden ausgehende Infection zu erklären und wirft die Frage auf, ob man in solchem Falle berechtigt ist, Tonsillen und Adenoide zu entfernen, ob der Ausgang anders gewesen wäre, wenn die Operation früher oder überhaupt nicht vorgenommen wäre.

A. J. BRADY.

47) **Samuel Iglauer. Eine Methode, um Blutungen während der Adenoidoperation vorzubeugen. (A method of preventing hemorrhage during Adenectomy.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Die Methode besteht darin, dass vor Beginn der Operation die Zugstreifen eines postnasalen Tampons eingeführt werden und dass dann unmittelbar nach der Operation der Tampon an seinen Platz gezogen und dort einige Minuten liegen gelassen wird.

EMIL MAYER.

48) **Haymann** (Breslau). **Beiträge zur Pathologie der Mandeln. 7. Ueber Blutungen nach Excision der Rachenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 15. 1908.*

Verf. unterscheidet 2 Typen von Blutungen: solche, die unmittelbar im Anschluss an die Operation auftreten, jedenfalls in continuirlichem Zusammenhang mit dieser stehen, und solche, bei denen zwischen Operation und Blutung ein längerer Zwischenraum liegt: Nachblutungen.

Er geht näher auf die Hämophilie ein und beschreibt einen selbst beobachteten Fall von letaler Blutung und Excision der 3 Mandeln. Auch Beispiele für die letale Blutung bei nicht erkannter Leukämie werden gegeben. Die starken postoperativen Blutungen im etwaigen Zusammenhang mit der Menstruation werden gestreift.

Von Nebenverletzungen führen wohl Verletzungen am hinteren freien Rand des Septums und eines stark vorspringenden Atlasbogens, besonders aber die Läsion hinterer Muschelenden am häufigsten zu stärkeren Blutungen.

Grössere Schwierigkeiten bereiten der Deutung die Nachblutungen.

Auf 3000 Fälle kommen 21 stärkere Nachblutungen.

Das Alter spielt dabei nicht die geringste Rolle. Veränderungen der Rachenmandel selbst kommen anscheinend garnicht oder nur ausnahmsweise in Betracht. Maassgebend dafür sind Nebenverletzungen und besonders das Zurückbleiben particll abgetragener Gewebsfetzen.

Zum Schluss geht Verf. auf die Therapie der Blutungen ein.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

49) **Kafemann** (Königsberg). **Der Verlauf einer Blutung nach einer Adenoidoperation bei einem Bluter mit Bemerkungen für die ärztliche Praxis.** *Med. Klinik. 40. 1909.*

Die Operation bei dem 10jährigen Knaben verlief unter ganz geringem Blutverlust, aber 3 Minuten nachher trat eine Blutung ein, die auch nach Tamponade des Nasenrachenraums nicht vollständig zu stillen war. Von einer Lösung: Calcii chlorati purissimi crystall. 4,0, Sir. Menthae 50,0, Aq. destill. 100,0, liess K. $^1/_4$ stündl. 1 Essl. voll nehmen und es scheint, als ob dieses die Gerinnungsfähigkeit des Blutes steigernde Mittel an der Beendigung der Blutung betheiligt war.

SEIFERT.

50) **Victor Lange. Einige Bemerkungen über Operation wegen adenoider Vegetationen mit Angabe von einem Ringmesser mit Fangapparat. (Nogle Bemerkninger om Operation af adenoide Vegetationer med Angivelse af en Ringkniv med Fangapparat.)** *Hospitalstidende. No. 31. 1909.*

Der Apparat ist Gottstein's Ringmesser ähnlich mit zwei Rippen an der concaven Seite versehen, um die adenoiden Vegetationen zu fassen.

E. SCHMIEGELOW (MAHLER).

51) **Samuel Goldstein. Eine neue Adenoidencurette. (A new adenoid curette.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1908.*

Die Curette wird in 2 Grössen angefertigt; sie hat eine steigbügelartige

Form mit einer geraden, scharf schneidenden Klinge, die im rechten Winkel zum Handgriff steht. Die Seiten des Fensters sind abgerundet, so dass jede Gefahr einer Verletzung der Tuba Eustachii ausgeschlossen ist. LEFFERTS.

52) **A. Schliebs. Neuere Behandlungsmethoden der Geschwülste des Nasenrachenraums.** *Dissert. Greifswald 1908.*

Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden unter besonderer Berücksichtigung der osteoplastischen Resection beider Oberkiefer nach Kocher.

OPPIKOFER.

53) **Ino Kubo** (Fukuoka). **Ueber die eigentliche Ursprungsstelle und die Radicaloperation der solitären Choanalpolypen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 82. 1908.*

In seiner ausführlichen, durch Abbildungen ausgezeichneten Arbeit, kommt Verf. zu folgendem Résumé:

1. Die solitären Choanenpolypen sind ein Stadium der ausgewachsenen Antrumpolypen. Sie sind meist von Antrumpolypen begleitet.
2. Richtige Benennungen sind: Antrumpolypen, Antronasalpolypen, Antrochoanalpolypen, Antroepipharyngealpolypen, Antromesopharyngealpolypen, Antrohypopharyngealpolypen, Antrolaryngealpolypen, Antrooralpolypen, je nach dem Grade des Wachsthums.
3. Der Choanenpolypenbildung geht eine Entzündung oder Eiterung der Kieferhöhle voran: die genaue Untersuchung der Kieferhöhle darf bei den Choanenpolypen nicht vergessen werden.
4. Das Ostium accessorium maxillare ist bei den Choanenpolypen meist gross und lässt sich leicht sondiren.
5. Die Choanenpolypen können bis zum Larynx oder Mund auswachsen und durch äussere Reize ein malignes Aussehen erhalten.
6. Die Choanenpolypen (resp. Antrumpolypen) recidiviren solange der Mutterboden im Antrum nicht radical beseitigt ist.
7. Die Radicaloperation der Choanen(resp. Antrum-)polypen ist am besten, besonders beim gleichzeitigen Vorhandensein einer Kieferhöhleneiterung dadurch zu erzielen, dass man die Kieferhöhle von der Backentasche aus breit eröffnet, die degenerirte polypöse Schleimhaut in toto auskratzt, die ausserhalb der Kieferhöhle gewachsene Partie durch die accessorische Mündung nach dem Antrum extrahirt und die Wunde primär schliesst. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

54) **Suñé** (Barcelona). **Nasenpolypen. (Polipo naso faringeo.)** *Revista Barcelonesa de enfermedades de la gargenta etc. No. 13. 1908.*

Der Polyp hatte eine doppelte Insertion: in der Nase und im Pharynx. Exstirpation mittelst Bistouri und kalter Schlinge. TAPIA.

55) **Gordon King. Ein Fall von Fibrom des Nasenrachens, durch Abreissen entfernt. (A case of fibroma of the naso-pharynx removed by avulsion.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. September 1908.*

Der Titel besagt den Inhalt. EMIL MAYER.



56) **Scheppegrell** (New-Orleans). **Fibröse Nasenrachentumoren. (Tumeurs fibreuses du naso-pharynx.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 8. 22. Februar 1908.*

Verf. räth zur Anwendung einer Schlinge, die dem Wright'schen Polypotom analog ist. Er cauterisirt den Stiel und tamponirt die Wunde, um eine Blutung zu vermeiden.

BRINDEL.

57) **G. Trautmann** (München). **Bemerkungen zur Operation der Schädelbasisfibrome.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. Heft 3. 1909.*

Kurze Zusammenstellung der Symptomatologie und der bisherigen Operationsmethoden.

Beschreibung eines eigenen Falles mit erfolgreicher Operation am hängenden Kopf in Chloroformnarkose.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

58) **Bruck** (Berlin). **Zur operativen Entfernung gestielter Nasenrachenpolypen.** *Med. Klinik. 19. 1909.*

Bei einem 17jährigen Mädchen mit einem grossen gestielten Polypen des Nasenrachenraumes legte Br. den Polypen von der Nase aus in die Schlinge, ihn nur in der Mitte einschnürend und riss mit einem kurzen Ruck den Polypen sammt dem Stiele aus.

SEIFERT.

59) **P. J. Mink** (Utrecht). **Ein Nasenrachenpolyp mit Hülfe der Elektrolyse abgetragen. (Een neuskeelpolyp med behulp van electrolyse verwijderd.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1104. 1909.*

Bei einem an linksseitiger Nasenverstopfung leidenden Manne von 28 Jahren wurden einige Nasenpolypen links entfernt; die Choane war von einer ziemlich festen elastischen Geschwulstmasse verschlossen. Bei der Rhinoscopia post. zeigte sich die linke Hälfte des Nasenrachenraumes von einer runden, glatten, dunkelrothen Geschwulst ausgefüllt. Mit der Sonde wurde die Einpflanzung des Polypen an der oberen Choanalwand festgestellt. Es gelang nicht eine Schlinge um die Geschwulst herumzuführen. Mittelst Elektrolyse (Stromstärke von 15 M. A.) wurde in 8 Sitzungen die Geschwulst derart zum Schrumpfen gebracht, dass dieselbe nun ganz leicht und ohne eine Spur von Blutung abgetragen werden konnte.

Die ganze Beschreibung macht einen gewöhnlichen Choanalpolypen weit mehr wahrscheinlich als einen typischen Nasenrachenpolypen.

H. BURGER.

60) **Peraire** (Paris). **Nasenrachenfibrom. (Fibrome naso-pharyngien.)** *Société des chirurgiens de Paris. 9. Juli 1909.*

Verf. entfernte bei einem 59jährigen Mann per os einen Nasenrachentumor von der Grösse einer Mandarine. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein ossificirendes Fibrom, das von einem veritablen Papillo-Adenom der Rachenschleimhaut ausgekleidet ist. Der Fall soll bis dato ein Unicum darstellen.

GOOTIER de la ROCHE.

61) **Klaus** (Tuttlingen). **Die Struma retropharyngea accessoria vera.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 98. 1909.*

Bei dem unter den Erscheinungen eines retro-pharyngealen Abscesses er-

krankten Mädchen wurde eine retro-pharyngeale, theilweise retroösophageale Kropfcyste (ohne Zusammenhang mit der unveränderten Schilddrüse) operativ entfernt.

SEIFERT.

62) **Sidney Yankauer. Ein Fall von Carcinom des Nasenrachens und der Keilbeinregion, das auf Anwendung von Radium günstig reagirte. (A case of carcinoma of the naso-pharynx and sphenoid region which responded favorably to the use of radium.)** *The Laryngoscope. Mai 1908.*

Nach einer Einwirkung von 6 Stunden 10 Minuten im Lauf von 16 Tagen hatte der Tumor erheblich an Grösse verloren. Pat. war wieder fähig, durch die linke Nase zu athmen. Eine bestehende Augenmuskellähmung ging nicht zurück. Verf. führt die mangelhaften Resultate, die oft mit Anwendung des Radiums erzielt werden, zurück auf die nicht genügend lange Expositionsdauer.

EMIL MAYER.

63) **William Stuart-Low. Fall von maligner Erkrankung des Nasenrachens. (Case of malignant disease of the naso-pharynx.)** *Lancet. 20. März 1909.*

35jähriger Mann, der seit 5 Monaten an Nasenverstopfung leidet. In dem rechten hinteren Trigonum cervicale fanden sich grosse Drüsenmassen, kleinere im linken vorderen Trigonum. Der Nasenrachen war mit weichen Massen ausgefüllt, die sich als endotheliales Sarkom erwiesen. Da das Herz schwach war, so wurden die Drüsen auf der rechten Seite unter Localanästhesie entfernt. Am nächsten Tage wurden die Drüsen links entfernt, Laryngotomie gemacht und die Nasenrachengeschwulst mit der Zange entfernt. Pat. wurde nach 6 Tagen entlassen.

ADOLPH BRONNER.

64) **James F. Mc. Caw. Primäres Sarkom des Nasenrachens. (Primary sarcoma of the naso-pharynx.)** *The Laryngoscope. December 1908.*

Der Tumor füllte die ganze rechte Hälfte des Nasenrachenraumes aus und berührte den weichen Gaumen. Es handelte sich um ein Rundzellensarkom. Tracheotomie; Spaltung des weichen Gaumens; Entfernung der Geschwulst in einer nicht sehr befriedigenden Weise. Recidiv in einigen Wochen; grosse Schmerzen, die durch Adrenalin (1 : 1000) prompt erleichtert werden.

Die Geschwulst wuchs sehr rasch. Unterbindung der Carotis brachte nur für kurze Zeit Besserung

EMIL MAYER.

65) **Goldstein** (Saint Louis). **Retropharyngeale Abscesse. (Abcès rétro-pharyngés.)** *Revue hebd. de laryngol. No. 3. 18. Januar 1908.*

Bericht über 3 Fälle bei Kindern. In einem Fall musste die Tracheotomie gemacht werden, bevor der Abscess gespalten wurde.

BRINDEL.

66) **Spindler** (Genf). **Einige Beobachtungen über die Pathogenesis des retropharyngealen Abscesses. (Quelques observations sur la pathogenèse de l'abcès retropharyngien.)** *Dissert. Genf 1907.*

Zwei Fälle aus der Züricher Klinik; der eine nach Scharlach, der andere idiopathisch. Beide Exitus.

Der erstere, bei einem $4^1/_2$ jährigem Knaben, zeigt starke Zerstörungen der Tonsillen und des überliegenden Gewebes der Rachenwand, mit Invasion von Leukocyten und dicke Schichten von Mikrokokken in den seitlichen Lymphdrüsen. Der zweite rapid verlaufende Fall bei einem $2^1/_2$ Wochen alten Kinde machte nur geringe Symptome an den Tonsillen, aber Vereiterung der tiefen seitlichen Halsgewebe. Leukocyteninvasion ohne Mikrokokken.

Verf. zieht folgende Schlüsse: Der Retropharyngealabscess wird durch bakterielle Infection verursacht. Die Eintrittspforte waren hier beide Male die Tonsillen. Die Theorie, dass der Retropharyngealabscess von einer retropharyngealen Lymphadenitis ausgeht, hat nicht die allgemeine Gültigkeit, die man ihr beimisst.

JONQUIÈRE.

67) **A. Fallas. Entzündung des Warzenfortsatzes mit retro-pharyngealem Abscess. (Ontsteking van den processus mastoideus met retro-pharyngeale verzwering.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 2066. 1908.*

Ein Fall von vernachlässigter acuter Mittelohrentzündung bei einem 35 jähr. Manne. Taubheit, Ohr- und Mastoidschmerzen rechts seit 5 Monaten. Incision hinter dem Ohre vor 5 Wochen und seitdem eine granulirende Fistel daselbst, in welcher die Sonde auf rauhen Knochen stösst. Seit einigen Tagen Schmerzen in der rechten Halsseite; trockner Hals; die Bewegungen des Halses sind erschwert. Mastoidoperation. Allein das Fieber bleibt und steigt sogar nach einigen Tagen; das Schlucken wird immer schwieriger. Es bildet sich rechts ein retropharyngealer Abscess, der nach unten bis an den Kehldeckel reicht. Incision vom Munde aus. Heilung.

F. verbreitet sich über die Entstehungsweisen der otogenen Retropharyngealabscesse und deren Bakteriologie, erwähnt die einschlägige Literatur und verweist besonders auf Collinet, Thèse de Paris, 1897. H. BURGER.

c. Mundrachenhöhle.

68) **Gellé. Pharynx, Phonation und Gesang. (Le pharynx, la phonation et le chant.)** *Arch internat. de laryngol. März-April 1907.*

Verf. weist nach, welche Veränderungen im Rachen bei Missbrauch und Ueberanstrengung der Stimme entstehen. Er findet die Erklärung in der Physiologie des Gesanges und der Tonverstärkung in der Mundrachenhöhle.

BRINDEL.

69) **Raynal** (Marseille). **Essentielle Hypertrophie des Zahnfleisches. (Hypertrophie gingivale essentielle.)** *Marseille Médical. 7. October 1909.*

Verf. theilt zwei Fälle dieser seltenen Affection mit, die durch eine enorme Hyperplasie des Zahnfleisches, ohne Veränderung der Structur gekennzeichnet ist; die Zähne haften in diesem Gewebe. Auf der facialen Fläche ist das Gewebe hart und glatt; auf der lingualen ist es maulbeerartig, wie aus einer Reihe von Polypen bestehend, die einer gegen den andern gedrängt sind und nichts weiter sind, als die hypertrophirten Papillen. Vater und Bruder zeigen in dem einen Fall die

gleiche Affection, während im zweiten ein Neffe des Pat. die Anfänge desselben aufwies.

GONTIER de la ROCHE.

70) **Caillou-Come Ferran** (Lyon). **Ueber einen Fall von Schleimhautlupus. (Sur un cas de lupus des muqueuses.)** *Journal des médecins praticiens de Lyon et de la région. 17. Juli 1909.*

Bei einer vor 10 Jahren von einem Lupus der Oberlippe und der Nasenscheidewand geheilten Patientin fand sich zufällig ein das ganze Gaumensegel einnehmender, sehr torpide sich entwickelnder Lupus.

GONTIER de la ROCHE.

71) **F. v. Törne** (Lund, Schweden). **Vier Fälle von Zahnfleischtuberculose.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde und Laryngol.-Rhinol. Heft 6. 1909.*

Ausführlicher Bericht der 4 Krankengeschichten nebst epikritischen, statistischen, differentialdiagnostischen und therapeutischen Erörterungen. Die Röntgenbehandlung zeitigte beachtenswerthe Erfolge.

HECHT.

72) **O. Henop. Ueber Lupus der Mundschleimhaut mit einem casuistischen Beitrag.** *Dissert. München 1909.*

Bei der 37jährigen erblich belasteten Patientin bestanden geringe Lungenveränderungen. Der Lupus war von der Schleimhaut der Lippen ausgegangen und hatte allmählich die übrigen Theile der Mundhöhle ergriffen. Die Röntgenbehandlung wirkte günstig ein, doch entzog sich Patientin der weiteren Behandlung.

Kurze Uebersicht über die diesbezügliche Literatur.

OPPIKOFER.

73) **Renon** (Paris). **Oosporose der Mundhöhle. (Oosporose buccale.)** *Société Médicale des hôpitaux. 16. Juli 1909.*

Es handelt sich um einen 17jährigen jungen Menschen, der über Verschleimung und Brennen im Mund klagte und über reichlichen Speichelfluss. Zunge, Wangen, Gaumensegel sind mit einem sammetartigen Ueberzug versehen, die Papillen tragen an ihrer Spitze ein stecknadelkopfgrosses Körnchen.

Die Culturen ergaben eine Oosporose.

GONTIER de la ROCHE.

74) **T. M. Serschun. Ein seltener Fall von primärer Sklerose der Zunge. (Redki slutschai perwitschnoi sclerosnoi jaswy jusika.)** *Wratschebn. Gazeta. No. 24. 1908.*

Bekanntlich occupiren syphilitische Sklerosen die Zungenspitze, im Falle des Verf.'s aber nahm die Initialsklerose die Mitte der Zunge in ihrem mittleren Drittel ein. Die Infection soll durch einen tiefen „Zungenkuss" entstanden sein.

P. HELLAT.

75) **Robert H. Craig. Hyperkeratose der Zunge. (Hyperkeratosis linguae.)** *The Laryngoscope. Januar 1909.*

Bericht über zwei Fälle.

EMIL MAYER.



76) **W. G. Dementjew. Ein Fall von Makroglossie bei einem 5jährigen Mädchen. (Slutschai uwelitschenia jusika [makroglossia] u dewotschki 5 let.)** *Wratschebnaja Gazeta. No. 4 u. 5. 1908.*

Ausführliche Literaturangaben. Die Patientin des Verf.'s war bis zum 3. Lebensjahr vollständig gesund, erkrankte dann plötzlich an Fieber mit Schwellung der Submaxillardrüsen und der Zunge. Mit dem Temperaturabfall wurde die Zunge wieder normal gross, durch wiederholte Insulte aber nahm ihre Grösse allmählich so weit zu, dass sie nicht mehr im Munde Platz fand. Operation. Mikroskopische Diagnose — Lymphangioma. Verf. will die Erkrankung durch Infection entstanden wissen.

GOLDSTEIN-HELLAT.

77) **Alexander Don. Zungenkrebs. (Cancer of the tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 1. Mai 1909.*

Verf. bespricht die zum Zungenkrebs prädisponirenden Momente und die verschiedenen Operationsmethoden. Die schlechten Operationsresultate liegen zum Theil daran, dass die Fälle schon in einem zu vorgerückten Stadium in Behandlung kamen.

Durch weiteren Ausbau der Technik müsste es gelingen, die Mortalitätsziffer unter 20 pCt. herabzudrücken.

LEFFERTS.

78) **K. Hennecke. Ein Fall von Carcinoma recti et linguae.** *Dissert. Erlangen 1907.*

71jähriger Patient. Keine Operation. Sectionsresultat: Die beiden Carcinome in Zunge und Rectum sind als selbstständige primäre Carcinome anzusprechen. Die Krebsgeschwulst in der linken Lunge und in der rechten Nebenniere sind Metastasen des Rectumcarcinoms.

OPPIKOFER.

79) **P. Baudet. Ueber die chirurgische Behandlung des Zungenkrebses. (Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans le traitement du cancer de la langue.)** *Dissert. Toulouse 1908.*

Berücksichtigung der Literatur und Mittheilung einiger Krankengeschichten.

OPPIKOFER.

80) **Robert B. Greenough, Chaming C. Simmonds, Robert M. Green. Die Ergebnisse von Operationen wegen Carcinom der Zunge, der Mundhöhle und des Kiefers am Massachusetts General Hospital 1890—1904. (The results of operations for cancer of the tongue, mouth and jaw at the Massachusetts General Hospital 1890—1904.)** *Boston Medical and Surgical Reporter. 6. Mai 1909.*

Es handelt sich um 172 Fälle, von denen 112 operirt wurden. 50 wurden für inoperabel erklärt und 10 verweigerten die Operation. Von den 112 Operirten starben 20 innerhalb 60 Tagen. Krebs des Mundbodens und der Zunge hatten 98, von denen 62 operirt wurden. Von den 58, bei denen der Verlauf bekannt ist, lebten 10 noch nach 3 und mehr Jahren. Von 14 Kiefercarcinomen wurden 10 operirt; bei 9 trat der Tod innerhalb der ersten 3 Jahre ein. Carcinom der Mandeln, des weichen Gaumens und Rachens fand sich in 12 Fällen, von denen 8 inoperabel

waren; von den vier Operirten lebte einer noch 7 Jahre nach der Operation. Von den wegen Carcinom der Wange operirten 9 Fällen wurde keiner geheilt.

EMIL MAYER.

81) **S. Tenzer** (Wien). **Ueber Befunde von pulsirenden Gefässen im Rachen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 34. 1908.*

Im ersten Falle handelte es sich um eine hochgradig arteriosklerotische 79jährige Frau; man sah bei der Rachen- und Kehlkopfinspection eine fast $^1/_2$ cm dickes, pulsirendes Gefäss hinter dem rechten Arcus palatopharyngeus bis zum Aryknorpel herab.

Der zweite Fall betraf ein Kind mit einem pulsirenden Gefäss hinter einer linken hypertrophischen Tonsille. Diese Gefässe sind entweder die verlagerte Carotis interna oder die A. pharyngea ascendens. O. CHIARI-HANSZEL.

82) **Kollibay** (Glatz). **Malignes Oedem, anscheinend vom rechten Seitenstrang ausgehend.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 200. 1908.*

Ganz acut verlaufender Fall, der trotz Luftröhrenschnitt an Herzschwäche zum Exitus führte. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

83) **Oswald Levinstein** (Berlin). **Histologie der Seitenstränge und Granula bei der Pharyngitis lateralis und granulosa.** (Aus der Königl. Univ.-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 249. 1908.*

Verf. stellt auf Grund eingehender histologischer Untersuchungen fest, dass Granula und Seitenstränge sowohl in ätiologischer, als auch in pathogenetischer und vor Allem auch in histologischer Beziehung als vollkommene analoge Gebiete aufzufassen sind. Es besteht nur ein gradueller, nicht aber ein principieller Unterschied.

Infolge eines auf die Schleimhaut wirkenden Reizes findet Austritt von Lymphocyten aus dem die Drüsen umspinnenden Capillarnetz statt. Es findet von den Drüsenausführungsgängen auf die Lymphocyten eine positiv chemotaktische Wirkung statt. Die Infiltration des Gewebes der Seitenstränge ist eine der Grösse und Anzahl der Drüsen entsprechend viel stärkere, als bei den Granula. Mehrere Abbildungen illustriren den Text. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

84) **Reiche** (Hamburg-Eppendorf). **Scharlachähnliche Exantheme bei acuter Halsentzündung.** *Med. Klinik. 29. 1909.*

Bei einer 27jährigen Patientin trat ein scharlachähnliches Exanthem an Hals und an den Händen auf im Verlaufe einer acuten pseudomembranösen Rachenentzündung, welche wahrscheinlich durch Pneumokokken bedingt war. SEIFERT.

85) **H. Menche.** **Beitrag zu der Lehre vom Erysipel des Pharynx und Larynx.** *Dissert. Göttingen 1908.*

Mittheilung von 10 Fällen von Erysipel des Pharynx, die im pathologischen Institut des allgemeinen Krankenhauses Hamburg zur Section kamen. Die Fälle

stützen von neuem die Anschauung derjenigen Autoren, die eine scharfe Scheidung zwischen Rachenerysipel und Rachenphlegmone nicht machen wollen.

OPPIKOFER.

86) **Menetrier-Mallet. Pneumokokkenangina bei einem 13 Monate alten Kinde. (Pneumonie pharyngée ulcéreuse chez un enfant de treize mois.)** *Tribune médicale. 4. September 1909.*

Durch den Pneumococcus bedingte Affectionen der oberen Luftwege beim Kinde sind nicht so selten. Jedoch sieht man nicht häufig, dass durch den Pneumococcus nekrotisirende und ulceröse Halsaffectionen hervorgerufen werden.

Das Kind zeigte Allgemeinerscheinungen, die an Diphtherie denken liessen. Man fand eine Ulceration im Cavum. Culturversuche ergaben Reinculturen von Pneumokokken. Der Tod trat infolge Lungencomplicationen ein.

GONTIER de la ROCHE.

87) **Alice G. Bryant. Streptokokkeninfectionen des pharyngealen Adenoidgewebes bei Erwachsenen. (Streptococcic infections of the pharyngeal adenoid tissue in adults.)** *Journal American Medical Association. 13. Juni 1908*

Verf. bespricht die localen und allgemeinen Erscheinungen bei Streptokokkeninfectionen des Pharynx.

EMIL MAYER.

88) **A. Moy. Ueber die seitlichen Pharynxabscesse beim Kinde. (Contribution à l'étude des abcès latéro-pharyngiens chez l'enfant.)** *Dissert. Paris 1907.*

Während die Retropharyngealabscesse bei noch nicht 1jähr. Kindern nach M. häufig sind, finden sich die seitlichen Pharynxabscesse nie bei Kindern unter 1 Jahr. Die seitlichen Pharynxabscesse entwickeln sich secundär im Anschluss an eine Entzündung in der Mund-, Rachen-, Nasenhöhle oder an eine Entzündung im Mittelohr.

Während peritonsilläre Abscesse, die ebenfalls in die Gruppe der seitlichen Abscesse gehören, vom Munde her mit dem Galvanokauter zu eröffnen sind, sollen die eigentlichen seitlichen Pharynxabscesse fast ausnahmslos nur von aussen her freigelegt werden; dabei ist es vorzuziehen, hinter und nicht vor dem Musculus sternocleidomastoideus einzugehen.

OPPIKOFER.

89) **H. Zwillinger** (Budapest). **Ueber den practischen Werth der Hypopharyngoskopie.** *Gyógyászat. No. 7. 1909.*

Wesen und Anwendung der geistreichen Methode v. Eicken's, sowie Verf.'s Erfahrungen, welche er in Bezug auf die Diagnostik der verschiedenen Krankheiten des Hypopharynx und Entfernung von Fremdkörpern in mehreren Fällen gesammelt hat, werden hier ausführlich verhandelt. Die Bedeutung der Methode wird durch die Killian'sche Arbeit über den Mund der Speiseröhre noch mehr gehoben.

v. NAVRATIL-POLYAK.

d. Diphtherie und Croup.

90) **K. A. Rombach** (Rotterdam). **Serumbehandlung, Intubage und Pyocyanase bei Diphtherie. (Serumbehandeling, intubage en pyocyanase bij diphtherie.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 31. Juli 1909.*

Statistische Bearbeitung der vom 1. Oct. 1906—1908 im städtischen Krankenhaus zu Rotterdam behandelten Diphtheriefälle. 511 Fälle mit 46 Todesfällen = 9 pCt. Intubirt wurden 69 Kinder mit einer Mortalität von 16 = 28 pCt. Tracheotomie 11 mal mit 5 Todesfällen = 45 pCt. Es starben 19 Kinder an toxischer Diphtherie. Der günstige Erfolg der Serumeinspritzung war im Allgemeinen ein sehr auffälliger. Nur die sogenannten toxischen Fälle reagirten auf Serum wenig oder gar nicht. Ende 1907 begann R. diese Fälle mit Pyocyanase zu behandeln. (Spray in Hals und Nase bis 4 oder 6 mal pro Tag; das überflüssige Quantum soll ausgespien werden.) Keine unangenehme Nebenwirkungen; bloss einzelne Male am 2. oder 4. Behandlungstag ein geringes papulöses Exanthem. Die Resultate waren sehr zufriedenstellende. Vor der Anwendung der Pyocyanase starben von 16 toxisch aufgenommenen Patienten 11. Seit der Anwendung starben 4 mit Pyocyanase behandelte und 4 nicht behandelte, während 11 behandelte Kinder geheilt sind.

R. empfiehlt wärmstens weitere Versuche mit Pyocyanase bei der toxischen Diphtherie.

H. BURGER.

91) **T. E. Seay. Die Behandlung der Diphtherie nebst besonderer Berücksichtigung von Tracheotomie und Intubation. (The treatment of diphtheria with special reference to Intubation and Tracheotomy.)** *The Alabama Medical Journal. März 1909.*

In extremen Fällen von Diphtherie sollte sobald als möglich die Tracheotomie gemacht werden, anstatt dass man mit der Intubation Versuche macht und eventuell die Membranen in die Trachea hinabstösst. Verf. betrachtet die Intubation als eine Operation der Wahl, die Tracheotomie als Operation der vitalen Indication. Die Tracheotomie ist indicirt: 1. bei Kindern unter 2 Monaten, 2. bei Kindern mit grossen Tonsillen oder Oedem der Epiglottis oder deren Umgebung, 3. wenn die Diphtherie durch Bronchitis und Pneumonie complicirt ist, 4. bei descendirendem Croup, 5. bei Granulationen der Trachea, 6. in Fällen, die erst spät in Behandlung kommen und bei denen der Exitus droht, 7. wenn die Tube wiederholt ausgehustet wird und Dyspnoe wiederkehrt.

EMIL MAYER.

92) **W. Kluge. Beitrag zu den Störungen der Herzthätigkeit nach Diphtherie.** *Dissert. Halle 1908.*

K. hat bei 320 Diphtheriefällen die klinischen Erscheinungen am Circulationsapparat sorgfältig studirt. 16 dieser Fälle endeten unter deutlichen Herzstörungen mit Exitus. Die Section zeigte bei allen das typische Bild der diphtherischen Myocarditis. Verf. kommt wie von Leyden zu dem Schlusse, dass die klinischen Erscheinungen der diphtheritischen Herzcomplicationen die thatsächliche Schwere der Herzerkrankung meist nicht vermuthen lassen.

OPPIKOFER.

93) **Veillon** und **M. Brelet** (Paris). **Ein Fall von Croup beim Erwachsenen. Tracheotomie. Heilung. (Un cas de croup chez l'adulte. Trachéotomie. Guérison.)** *Archives générales de médecine. März 1909.*

Es handelte sich um einen 20jährigen Menschen, bei dem der in diesem Alter seltene Fall auftrat, dass die croupösen Symptome von einer solchen Heftigkeit waren, dass zur Tracheotomie geschritten werden musste. Heilung.

GONTIER de la ROCHE.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

94) **A. Stefanini** (Lucca). **Die neuen Studien über die Vocale. (I recenti studi sulle vocali.)** *Arch. Ital. di Otologia. 1. September 1009.*

Verf. giebt eine kritische Uebersicht über die neuesten Studien über Stimmbildung mit besonderer Berücksichtigung der Arbeiten von Scripture (New-York) in Laryngoskope (Vol. XVIII. 1908) und von Devaux Charbonnel (La lumière électrique. 1908. III. No. 37). Die Mittheilung scheint ein Vorläufer zu sein für eine Publication über vom Verf. zusammen mit Grazzi auf diesem Gebiete angestellte Untersuchungen.

FINDER.

95) **Gleitsmann. Die Pharynxstimme. (De la voix pharyngée.)** *Arch. Intern. de laryngol. Tome XXVIII. No. 4.*

Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle von Sprechmöglichkeit nach Totalexstirpation des Larynx. Der Gegenstand ist durch die Bemühungen Gutzmann's um die Operirten Glucks und die mannigfaltigen Productionen dieser Kranken allgemein bekannt.

LAUTMANN.

96) **H. Gutzmann** (Berlin). **Ueber die Behandlung der Neurosen der Stimme und Sprache.** *Med. Klinik. 20. 1909.*

Betonung der Wichtigkeit von mechanischen Athemübungen und Vibrationstherapie des Kehlkopfes.

SEIFERT.

97) **E. H. Scripture. Sprachfehler und Stimmpflege. (Speech defecte and voice culture.)** *Vermont Medical Monthly. 15. Juli 1909.*

Unter den Methoden zur Heilung des Stotterns erkennt Verf. als die einzig berechtigte die an, dass dem Patienten gelehrt wird, „melodisch" zu sprechen. Verf. bespricht auch das Wesen des Stammelns und Lispelns und schliesslich den Charakter des „American Voice".

EMIL MAYER.

98) **Giovanni Vitalba. Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Fracturen der Kehlkopfknorpel. (Ricerche sperimentali e cliniche sopra le fratture delle cartilagini laringee.)** *Atti della Clinica Oto-Rino-Laringoiatrica delle R. Università di Roma. 1908.*

Verf. bespricht das klinische Bild der Larynxfracturen an der Hand der sehr sorgfältig zusammengestellten und 163 Fälle umfassenden Literatur. Ueber den Mechanismus des Zustandekommens der Fracturen hat er selbst am Cadaver und an Hunden experimentelle Studien gemacht, aus deren Ergebnissen nur hervorgehoben sei, dass am häufigsten das Zungenbein (36 pCt.) und die Schildknorpel-

platten (36 pCt.), danach die Schildknorpelhörner (30 pCt.) betroffen wurden, dann folgt der seitliche Theil des Ringknorpels (23,3 pCt.), der vordere Theil desselben (13,3 pCt.), während der hintere Theil des Ringknorpels und die Aryknorpel niemals verletzt wurden.

FINDER.

99) G. Dupond. **Der Kehlkopf und die Arbeitsunfälle. (Le larynx et les accidents du travail.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 17. April 1908.*

Verf. bespricht die Verletzungen des Kehlkopfs (Contusionen, Wunden, Fracturen, Verbrennungen), die als Folgen eines Unfalles bei der Arbeit eintreten können, und die Maassnahmen, die der zu einem solchen Unfallverletzten gerufene Arzt zu treffen hat.

BRINDEL.

100) **Morestin** (Paris). **Verletzung des Kehlkopfs. (Blessure du larynx.)** *Société anatomique. 21. Mai 1909.*

Demonstration eines Kehlkopfs von einem Greise, der in seniler Demenz mit einem Rasirmesser sich tiefe Wunden in der Kehlkopfregion beibrachte; der Larynx selbst blieb unverletzt. Er war vollkommen verknöchert.

GONTIER de la ROCHE.

101) **F. Börnstein** (Königsberg i. Pr.). **Ueber traumatische Arytaenoidknorpelaffectionen. Kurze Mittheilung über Larynxdurchleuchtung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 39. 1908.*

Verf. widerlegt die bisher geltende Meinung, dass Aryknorpelluxationen nur im Gefolge schwerer Kehlkopffracturen auftreten. Luxationen sind auch ohne Fracturen beobachtet. — Die Disposition zu Fractur oder Luxation besteht wahrscheinlich je nach der histologischen Beschaffenheit der Knorpelsubstanz. Eine Frühdiagnose der Knorpelverletzungen ist bei frischen Unfällen bisweilen durch Röntgenuntersuchung zu stellen.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

102) **Kessel** (Stuttgart). **Contusion des Kehlkopfes (Luxation des linken Aryknorpels?).** *Med. Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins. 41. 1909.*

Einem Erdarbeiter stiess der Stiel eines Stempels (zum Feststampfen von Beton) gegen den Hals und das Kinn. Etwa 3 Monate nach dem Unfall Heiserkeit und geringe Schmerzen beim Schlucken. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand sich submucöser Bluterguss am Zungengrund und des Larynxeinganges, linkerseits noch das Taschenband umfassend. Ausserdem Ueberkreuzung der Aryknorpel, die auch nach Resorption der Blutergüsse fortbestand, so dass eine, wenn auch nicht vollständige Luxatio articulationis cricoarytaenoideae auf der linken Seite angenommen werden konnte.

SEIFERT.

103) **C. Poli** (Genua). **Functionsstörungen des Kehlkopfs bei Halswunden.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 19. S. 207. 1907.*

Die Krankengeschichte eines Falles von Vagusverletzung (Tentamen suicidii) oberhalb der Austrittsstelle des Nervus laryngeus superior soll die Thatsache der Unversehrtheit der Sensibilität in solchen Fällen erhärten.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

104) **H. Streit** (Königsberg i. Pr.). **Ueber die Vernarbung von Hautwunden des Kehlkopfs und der Luftröhre.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 73. 1908.*

Aus allen bisher untersuchten Fällen (Paget, Binder und Verf.), geht die Thatsache hervor, dass beim erwachsenen Menschen angelegte Tracheal- resp. Larynxwunden ganz oder doch grösstentheils durch neugebildetes fibröses Gewebe gedeckt werden.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

105) **G. Prota. Ueber zwei Fälle von traumatischer Kehlkopflähmung durch Halswunden. (Su due casi di laringoplegia traumatica per ferite al collo.)** *Arch. Ital. di Laringologia. October 1909.*

Im ersten Fall (tiefe Schnittwunde links am Halse) bestand neben linksseitiger Recurrenslähmung Parese des Sternocleidomastoideus und des Trapezius. Verf. erklärt dies so, dass der N. spinalis an einem Punkte zwischen den bulbären Wurzeln und seiner Theilung in einen äusseren und inneren Zweig getroffen worden sei. Die Sensibilität des Larynx war erhalten, was für die Ansicht spricht, dass der N. spinalis dem Recurrens nur motorische Fasern liefert. Gegen eine Verletzung des Vagus spricht das Fehlen aller auf eine solche deutenden Symptome.

Im zweiten Fall (Schnittwunde am Halse in der linken Regio carotidea) constatirte man ein Jahr nach dem Trauma Cadaverstellung des linken Stimmbandes. Verf. nimmt eine Verletzung im Stamm des linken Recurrens an. Wendet der Pat. den Kopf nach rechts oder drückt man auf die Narbe, so tritt Husten (Vagusreizung) auf. Es besteht Anästhesie des Vestibulum laryngis, was Verf. im Sinne Massei's deutet.

FINDER.

106) Bassères. **Fractur des Kehlkopfes mit partiellem — unmittelbarem und nachträglichem — Versagen des Athmungs- und bulbären Herzcentrums. (Fracture du larynx avec inhibition partielle — immédiate et retardée — des centres respiratoire et cardiaque bulbaire.)** *Arch. Intern. de laryngol. November-December 1906.*

Die Erscheinungen bestanden im Anfang in: Verlust des Bewusstseins, Dyspnoe, absolute Aphonie; Schluckbeschwerden; lebhafter Schmerz im Niveau des Schildknorpels. Am 3. Tage wird die Athmung bulbär, der Puls sinkt auf 40—44 Schläge. Heilung ohne Zwischenfall. Der Verletzte war ein nervöses Individuum.

BRINDEL.

107) **Th. Em. ter Kuile** (Enschede, Holland). **Ein verbessertes Modell meines Hinterwandspiegels.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 22. Heft 1. S. 172. 1909.*

Verf. giebt eine Abbildung seines Spiegels, dessen Besonderheit darin besteht, dass der verticale Stieltheil mit einer frontal gestellten, in der Fläche etwas gebogenen Metallplatte versehen ist.

WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

108) **R. H. Johnston. Directe Laryngoskopie. (Laryngoscopie directe.)** *Revue hebdom. No. 33. 1909.*

Die directe Untersuchung des Kehlkopfes ist durch das Instrument von Johnston sehr erleichtert worden und eignet sich ganz besonders bei der Untersuchung

von Kindern. Beschreibung der Untersuchungsmethode und Mittheilung von 10 Fällen. Der Autor operirt den Kehlkopf überhaupt nur noch nach der directen Methode und nicht mehr mit dem Kehlkopfspiegel. Der Autor ist überzeugt, dass der Kehlkopfspiegel bald ausgelebt haben wird. (!)

LAUTMANN.

109) **Herbert Tilley. Directe Untersuchung von Kehlkopf, Trachea und Oesophagus mit dem Brünings'schen Instrument nebst Bericht von Fällen. (Direct examination of the Larynx, Trachea and Oesophagus by Brüning's Instrument with cases.)** *Lancet. 7. November 1908.*

Ein illustrirter Artikel, in dem das Brünings'sche Instrumentarium und seine Handhabung beschrieben und zahlreiche Fälle seiner Anwendung mitgetheilt werden.

ADOLPH BRONNER.

110) **Erbrich. Ueber die Trachee-Bronchoskopie und den klinischen Werth dieser Methode. (O tracheo-bronchoskopie sraz o klinicz nem maxemin tej metody.)** *Warschauer med. Gesellschaft. 1908.*

Verf. hielt einen Vortrag in der Warschauer medicinischen Gesellschaft, in welchem er die Fortschritte, die Anwendung und den klinischen Werth der Bronchoskopie hervorhob. Hierbei demonstrirte er zwei Kranke, bei welchen er die Bronchoskopie ausgeführt hatte. Nachdem referirte Verf. über zwei Fälle, in welchen er mittelst Bronchoskopie Fremdkörper aus den Bronchien extrahirt hatte.

In einem Falle wurde eine Stecknadel von einem 6jährigen Mädchen aspirirt. Der Fremdkörper blieb 7 Monate in den Luftwegen. Nachdem eine immer mehr zunehmende Athemnoth sich einstellte, wurde das Kind zu einem Chirurgen geschickt, der nach Durchleuchtung mittelst Röntgenstrahlen den Fremdkörper in der Trachea entdeckte und die Tracheotomie ausführte. Man glaubte, durch die Tracheotomie würde der Fremdkörper mittelst Zange herauszubefördern sein. Dieses Verfahren genügte nicht zur Extraction des Fremdkörpers. Nach wiederholter Durchleuchtung wurde die Stecknadel im linken Bronchus entdeckt. Nun wurde die Bronchoscopia inferior ausgeführt und die Stecknadel herausgezogen.

Im zweiten Falle wurde eine Papierzwecke von einem 6jährigen Mädchen aspirirt. Der Fremdkörper blieb einen Monat in den Luftwegen liegen. Die Röntgendurchleuchtung ergab: Der Fremdkörper befand sich in der linken Seite des Brustkorbes in der Gegend der 6. Rippe und war die ganze linke Lunge infiltrirt. Da grosse Athemnoth und starkes Fieber vorhanden war, musste die Tracheotomie ausgeführt werden und zugleich wurde mittelst Bronchoscopia inferior der Fremdkörper aus dem linken Bronchus zweiter Ordnung herausgezogen.

Ausserdem findet die Tracheo-Bronchoskopie ziemlich oft Anwendung bei Stenosen skleromatischen Ursprungs. Einen solchen Fall beschreibt Verf., wo grosse skleromatische Wucherungen im unteren Theil der Trachea, das ganze Lumen verstopfend, mittelst scharfen Löffels durch das Tracheoskop entfernt wurden.

A. v. SOKOLOWSKI.

111) **Ferruccio Bindi. Thyreotomie wegen grossen Fremdkörpers im Kehlkopf. (Tirotomia per corpo estraneo voluminoso della laringe.)** *Gazz. degli Ospedali. No. 7. 1909.*

Knochenstück, das bei einem 12jährigen Knaben seit 21 Tagen im Larynx

steckte. Der Knochen hatte ungefähr die Gestalt eines Vierecks, dessen grössere Seite 18 mm maass. Die Operation wurde in Chloroformnarkose nach vorheriger Tracheotomie gemacht. Heilung. FINDER.

112) **Flotats-Domenech** (Barcelona). **Fremdkörper auf der Hinterfläche des rechten Aryknorpels. (Cuerpo estrano en la cava posterior del aritenoides derecho.)** *Revista Barcelonesa de garganta nariz y oidos. No. 14. 1908.*

Nach Extraction des Fremdkörpers bestanden noch eine Zeit lang Beschwerden, die mittelst Brom und Suggestion erfolgreich bekämpft wurden. TAPIA.

113) **Marc. Paunz** und **M. A. Winternitz. Beiträge zur directen Tracheo-Bronchoskopie.** (Mittheilung aus dem Stefanie-Kinderhospital in Budapest.) *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 21. S. 291. 1908.*

Veröffentlichung von 12 Fällen aspirirter Fremdkörper; in 11 Fällen handelte es sich um Kinder bis zu 6 Jahren; 3 waren noch im Säuglingsalter. In 11 Fällen handelte es sich um organische, zumeist quellende und sich zersetzende Fremdkörper, in einem Falle um einen unorganischen Metallkörper, und zwar war meist multiple Aspiration vom Fremdkörpern vorhanden. Unter 12 Fällen wurden 7 geheilt = 58,3 pCt. Es konnte 9mal durch die Tracheo-Bronchoskopie das Vorhandensein eines Fremdkörpers oder der Durchbruch der Peribronchialdrüsen zweifellos festgestellt werden; unter diesen Fällen gelang die Extraction 7mal.

Die Untersuchung wurde mit dem Killian'schen Instrumentarium erster Ausgabe — bei den kleinen Kindern immer zur Tracheotomie vorbereitet — in tiefer Chloroformnarkose vorgenommen. WILH. SOBERNHEIM (F. KLEMPERER).

114) **Kalinowski. Ein eigenthümlicher Fremdkörper in der Trachea. (Obce cdals w tchawdey.)** *Gazeta Lekarska. No. 20.*

Verf. beschreibt einen Fall, in welchem ein 12jähriger Knabe eine hölzerne, 5 cm lange Pfeife (Kinderspielzeug) aspirirte. Bei der Aspiration konnte man sehr deutlich die Töne der in der Trachea liegenden Pfeife hören. Nach 2 Tagen, da kein tracheo-bronchoskopisches Instrumentarium vorhanden war, wurde nach Ausführung der Tracheotomie unter Leitung eines Rohres bei Beleuchtung mit gewöhnlichem Stirnreflector der in der Trachea liegende Fremdkörper vom Verf. mit Hülfe eines Häkchens entfernt. A. v. SOKOLOWSKI.

115) **Walter Lathrop. Fremdkörper in Trachea und Magen. (Foreign bodies in trachea and stomach.)** *N. Y. Medical Journal. 17. October 1908.*

Fall I. Münze durch Tracheotomie entfernt.

Fall II. Tischmesser, 25 cm lang, wurde verschluckt; Laparotomie; 24 Stunden lang ging alles gut, dann Exitus unter Erscheinungen von Magendilatation und Erstickung. LEFFERTS.

116) **L. Baudry. Die Fremdkörper in der Trachea und in den Bronchien; ihre Behandlung durch die Tracheo-Bronchoskopie. (Corps étrangers de la Trachée et des Bronches.)** *Dissert. Nancy 1908.*

Vorerst zählt B. alle die Fremdkörper auf, welche in die oberen Luftwege gerathen können und bespricht dann die durch die Fremdkörper bedingten Sym-

ptome. Nach eingehender Berücksichtigung der früheren unzuverlässigen Behandlungsmethoden — zahlreiche Beispiele aus der Literatur werden angeführt — empfiehlt Verf. die Tracheo-Bronchoskopie,

OPPIKOFER.

117) **Iwanow. Fall von Fremdkörper in der Trachea. (Slutschai inorodnawo tela trachei.)** *Jeshemesjatschnik. No. 4. 1908.*

Patient war vor 2 Jahren tracheotomirt worden und trug seit der Zeit die Canüle. Seine Athembeschwerden wurden trotzdem immer empfindlicher.

Bronchoskopische Untersuchung ergab eine Verengerung am unteren Ende der Trachea.

Tod nach einigen Tagen an Erstickung. Bei der Section wurde in der Trachea eine Gummiröhre gefunden, um welche herum die Trachealwände so verdickt waren, dass sie 1 cm erreichten.

P. HELLAT.

118) **Zondek** (Berlin). **I. Beitrag zur Lehre von den Trachealtumoren. II. Ein Tumor der Glandula carotica.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 5. 1908.*

I. Bei einer 28jährigen Frau bestand inspiratorischer Stridor, leichte Cyanose; Stimme rein. Laryngoskopisch: Unterhalb der normalen Stimmbänder an der rechten vorderen Trachealwand ein höckriger Tumor, der weit ins Lumen hineinragt. Starke Bronchitis, Temperatur 39,4°.

Operation: Tracheotomie unterhalb der Geschwulst; nach Durchschneiden des Ringknorpels wird eine wallnussgrosse, blassrothe, gefurchte Geschwulst sichtbar, die mit zehnpfennigstückgrosser Basis der rechten vorderen Trachealwand aufsitzt. Entfernung mit scharfem Löffel. Heilung,

Nach $^1/_4$ Jahr Recidiv: bohnengrosser gestielter Tumor, mit Tracheocricotomie entfernt. Heilung.

Nach 4 Jahren (laut erhaltenem Bericht) bei Operation eines abermaligen Recidivs Exitus in der Narkose.

Trotz der Recidive steht die Gutartigkeit dieses Tumors fest.

Mikroskopisch: Papillom mit vorwiegender Betheiligung des Epithels.

Eine fortgesetzte Beobachtung ist aber bei der Neigung zu Recidiven sehr nothwendig.

II. Bei einem 63jährigen Manne wurde eine strausseneigrosse Geschwulst an der rechten Halsseite in Kehlkopfhöhe seit 3 Jahren beobachtet, die die Carotis communis an ihrer Theilungstelle in die Carotis externa und interna umgreift. Auf einem Durchschnitt des entfernten Tumors sieht man diese von Tumormassen eingeschlossenen Blutgefässe. Nach seinem histologischen Verhalten muss der Tumor aus der Glandula carotica entstanden sein. Beschwerden hatte die Geschwulst kaum verursacht.

ALBANUS (ZARNIKO).

119) **Marfan. Neue Form der Trachealverengerung infolge Hypertrophie der Thymus. (Nouvelle forme de rétrécissement de la trachée par hypertrophie du thymus.)** *Acad. de méd. Paris. 6. April 1909.*

Ein 12jähriger Knabe kam mit sehr schwerer Rachendiphtherie und Erscheinungen von Croup des Larynx und der Trachea in das Hospital. Er wurde mit hohen Serumdosen behandelt. Der Zustand war so schwer, dass man von der

Vornahme der Intubation oder Tracheotomie Abstand nahm. Es trat plötzlicher Tod ein.

Bei der Autopsie fand man im Kehlkopf und Trachea keine Croupmembranen, dagegen eine enorme Thymus, die die Trachea vollkommen comprimirte. In der Drüse fand sich neben einer alten Hypertrophie eine frische sehr heftige Congestion. Verf. meint, dass letztere durch die diphtherische Intoxication bedingt worden sei.

A. CARTAZ.

120) **Luksch** (Graz). **Durchbruch tuberculöser Lymphdrüsen in die Trachea.** (Verein der Aerzte in Steiermark 11. October 1907.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 37. 1908.*

Demonstration eines Falles. In der Discussion über dieses Thema bemerkt v. Hacker, dass tuberculöse Drüsen in seltenen Fällen auch zur Verengerung des Oesophagus führen können.

HANSZEL.

121) **E. Fletcher Ingals. Bronchoskopie und Oesophagoskopie. Technik, Nutzen und Gefahren derselben. (Bronchoscopy and esophagescopy. The tecnic, utility and dangers.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1909.*

Verf. betont die Wichtigkeit der Asepsis bei dem Verfahren; aus diesem Grunde sollte auch die Bronchoscopia inferior lieber unmittelbar nach Eröffnung der Trachea gemacht werden, als einige Tage später, da in letzterem Fall mehr Gefahr besteht, aus der eiternden Trachealwunde Infectionserreger in die Lunge zu bringen. Verf. beschreibt dann die Technik der Bronchoskopie und die eventuell dabei vorhandenen Schwierigkeiten, sodann die Indicationen, wobei er sagt, dass zum Zweck der einfachen Diagnose diese Methode nicht angewendet werden sollte, es sei denn, dass durch die gewöhnliche Laryngoskopie und die gebräuchlichen physikalischen Methoden keine Diagnose gestellt werden kann.

Ebenso beschreibt er die Anwendungsweise, die Indicationen und den Nutzen der Oesophagoskopie.

Unangenehme Erscheinungen nach der Bronchoskopie sind meist durch mechanische Reizung durch das Instrument veranlasst. Diese mechanische Reizung kommt zum grossen Theil dadurch zu Stande, dass die Bronchien bei jeder Athmungsbewegung Excursionen nach oben und unten von circa 1 cm machen; aber auch die blosse Anwesenheit des Bronchoskops ist ein Moment zur mechanischen Reizung.

Um die Gefahren zu vermeiden, muss der Eingriff so kurz wie möglich gemacht werden; es muss das dünnste Instrument gewählt werden, das genügende Erleuchtung und Einführung geeigneter Instrumente gestattet.

EMIL MAYER.

122) **F. Munch. Bronchoskopie und Oesophagoskopie.** *Revue hebdom. No. 37. 1909.*

Beschreibung des vom Autor construirten Bronchooesophagoskopes mit distaler Beleuchtung.

LAUTMANN.

123) **Schneider. Einige Worte über Bronchoskopie. (Neskolko slow o bronchoskopii.)** *Russ. Wratsch. No. 29. p. 984. 1908.*

Mittheilung einer Fremdkörperextraction vermittelst Bronchoskops.

P. HELLAT.

124) **Guisez. Diagnose und Behandlung einiger intrathoracischer Affectionen mittelst Broncho-Oesophagoskopie. (Diagnosis and treatment by Broncho-oesophagoscopy of some intrathoracic affections.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Februar 1909.*

Verf. bespricht die Compression der Trachea durch Kropf oder durch Tracheobronchialdrüsen, die Anwesenheit von Trachealklappen, intratracheale Tumoren etc., ferner Dilatation und Narbenstenose des Oesophagus, Fremdkörper und die Behandlung aller dieser Affectionen.

LEFFERTS.

125) **Goyanes** (Madrid). **Ein Fall von Fremdkörper im rechten Bronchus; Extraction mittels oberer Bronchoskopie. (Un caso de cuerpo extrano alogado en el bronqnio derecho; extraccion por broncoscopia superior.)** *Revista Clinica de Madrid. Mai 1909.*

5jähriges Kind, das eine Piniennuss aspirirt hatte; Extraction in Chloroformnarkose.

TAPIA.

126) **Beltran** (Madrid). **Fremdkörper im rechten Bronchus; Tracheotomie; Heilung. (Cuerpo extrano del bronquio derecho; traqueotomia; curacion.)** *Boletin de laringologia. September-October 1908.*

Der Fremdkörper war ein Stück von einem Tannenzapfen.

TAPIA.

127) **E Schmiegelow. Ein Fall von Corpus alienum pulmonis durch Bronchoskopie entfernt. (Et Tilfelde af corpus alienum pulmonis, fernet ved Bronchoskopi.)** *Medicinsk Selskabs. 9. März Hospitalstidende. No. 36. 1909.*

In Chloroformnarkose wurde ein Stück Kohl aus linkem Bronchus — $3^1/_2$ cm von der Bifurcation — entfernt durch Bronchoscopia superior. Patient war zwei Jahre alt. Heilung.

L. MAHLER.

128) **M. Sloog. Ueber die Fremdkörper der Bronchien und ihre Behandlung. (Contribution à l'étude des corps étrangers des bronches et de leur traitement.)** *Dissert. Paris 1908.*

Nicht vollständige Zusammenstellung von 75 Fremdkörperfällen, bei denen die Bronchoskopie ausgeführt wurde; einige Fälle sind noch nicht anderwärts veröffentlicht.

OPPIKOFER.

129) **Botella** (Madrid). **Fremdkörper im linken Bronchus durch Bronchoskopie entfernt. (Cuerpo extrano del bronquio zquierdo extraido por broncoscopia.)** *Revista Clinica de Madrid. April 1908.*

Ein 11jähriges Kind, bei dem eine aspirirte Pfeife erst in der dritten Sitzung im linken Bronchus gefunden wurde. Extraction.

TAPIA.

f. Schilddrüse.

130) **Ferrer** (Algier). **Hydatidencyste der Schilddrüse. (Kyste hydatique du corps thyroide.)** *Presse médicale. No. 73. October 1909.*

Der Tumor, der bei einem 30jährigen Mann zur Beobachtung kam, hatte sich im Laufe von 16 Jahren entwickelt. Man konnte nur constatiren, dass es sich um einen cystischen Tumor handelte; die Natur desselben konnte jedoch erst nach Excision des Cystensackes festgestellt werden. GONTIER de la ROCHE.

131) **P. Schäfer. Der Plattenepithelkrebs der Glandula thyreoidea.** *Dissert. München 1907.*

Verf. fand in der Literatur 9 Fälle von Plattenepithelkrebs der Schilddrüse. Er theilt diese Beobachtungen mit und fügt aus dem pathol. Institut München (Prof. Bollinger) einen weiteren Fall bei, mit genauer mikroskopischer Untersuchung. 2 farbige Abbildungen. OPPIKOFER.

132) **J. Lankhout** (Haag). **Ueber histologische Veränderungen der Schilddrüse beim Myxödem. (Over histologische veranderingen in de Schildklier bij myxoedeem.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1199. 1909.*

Ausführliche, zu einem Referat ungeeignete Beschreibung zweier Fälle.

H. BURGER.

133) **M. Leitritz. Ueber Erstickungstod bei Kropf.** *Dissert. München 1908.*

Bei dem 19jährigen Mädchen, bei dem eine Colloidstruma mit starker Trachealstenose bestand, trat der Erstickungstod im Anschluss an eine starke Anstrengung ein.

Die Luftröhre war nicht erweicht, das Herz gesund und die Recurrentes normal. OPPIKOFER.

134) **Schloffer** (Innsbruck). **Ueber Kropfoperationen. Bericht über 450 Fälle.** *Med. Klinik. 38. 1909.*

Von 427 Strumectomien bei benignen Kröpfen fallen auf Morbus Basedow 20, auf Strumitis 10, in 11 Fällen handelte es sich um malignen Kropf. Einmal musste bei einer luetischen Larynxstenose erst eine umfangreiche Struma exstirpirt werden, bevor die Tracheotomie gemacht werden konnte; ein anderes Mal musste, da ein strumitischer Knoten in die Trachea durchgebrochen war, nach der Entfernung dieses Knotens an der Durchbruchsstelle eine Kanüle in die Trachea geführt werden, weil sich die Trachea nicht entfalten wollte. Recurrenslähmung wurde nur in 3 Fällen vor der Operation zweifellos festgestellt; postoperative Reccurensstörungen wurden im Ganzen 12mal beobachtet. SEIFERT.

g. Oesophagus.

135) **A. M. Sabludowski. Zur Technik und Klinik der Oesophagoskopie. (K technike i klinike esophagoscopii.)** (Aus der chirurg. Abtheilung des jüdischen Krankenhauses in Odessa.) *Chirurgia. No. 134. Februar 1908.*

Verf. hat 25 Fälle untersucht. Bei Kindern wurde stets die Chloroform-

narkose angewandt, bei Erwachsenen nur, wenn es sich um Aufsuchen von Fremdkörpern handelte, sonst die locale Anästhesie mit 5 proc. Cocain. Das Oesophagoskop von Mikulicz wird dem Kölliker'schen Instrument vorgezogen. Bei Erkrankungen der Speiseröhre ist die Oesophagoskopie sowohl zur Diagnose als zur Therapie nothwendig.

GOLDSTEIN-HELLAT.

136) **Heermann** (Essen-Ruhr). **Ueber Oesophagoskopie und Bronchoskopie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1909.*

Vortrag über die mannigfache erfolgreiche Verwerthung obiger Methoden und Bericht über zahlreiche, vom Autor casuistisch vorgenommene Fremdkörper-Extractionen. Hinweis auf die Bedeutung der Broncho- und Oesophagoskopie in diagnostischer und differentialdiagnostischer Hinsicht und Schilderung der Vorzüge des neuen Brünings'schen Bronchoskopes gegenüber dem bisher gebräuchlichen nach Killian.

HECHT.

137) **Sargnon. Retrograde Oesophagoskopie; Oesophagoskopie nach Oesophagotomie bei impermeablen Oesophagusstricturen. (Oesophagoscopie rétrograde; oesophagoscopie après oesopha gostomie cervicale basse dans la cure des stenoses cicatricielles thoraciques infranchissables.)** *Archives Internat. de laryngol. Tome XXVIII. No. 4.*

Mittheilung von 2 Fällen von schwerer Oesophagusstrictur, die geheilt wurden nach Anlegung einer künstlichen Oesophagusfistel und retrograder Dilatation unter Leitung des Oesophagoskopes. Die directe Oesophagoskopie führte nicht zum Ziele und machte wiederholt Lungencomplicationen. Im zweiten Fall wurde auch Gastrotomie gemacht. Diese untere Oesophagoskopie wird natürlich nur eine Ausnahmeoperation bilden, bei Kindern aber doch ebenso wie die untere Bronchoskopie ihre Indicationen finden.

LAUTMANN.

138) **Richard H. Johnston. Die moderne Behandlung von Oesophagusstricturen. (The modern treatment of esofageal stricture.)** *The Lancet. Clinic 3. Juli 1909.*

Verf. beschreibt die Methode, die darin besteht, dass Bougies mit olivenförmigem Ende unter Leitung des Auges im Oesophagoskop durch die verengte Stelle hindurchgeführt werden.

EMIL MAYER.

139) **Botey** (Barcelona). **Thiosinamin bei Narbenstenosen des Oesophagus. (La thiosinamina en las estenosis cicatriciales del esófago.)** *Archivos de rinologia. No. 139—141.*

Verf. hat insofern befriedigende Erfolge gesehen, als durch die Thiosinamininjectionen die Stenosen erweicht und die mechanische Dilatation erleichtert wurde. Er citirt zur Illustration einige Fälle.

TAPIA.

140) **A. Hoffmann. Zur Kenntniss der spindelförmigen Dilatationen der Speiseröhre.** *Dissert. München 1907.*

In dem Falle, den H. beschreibt, war die Diagnose auf Cardiacarcinom gestellt worden. Bei der Section zeigte sich aber eine spindelförmige Dilatation des Oesophagus ohne Stenose. Die grösste Weite der aufgeschnittenen Speiseröhre

betrug 14 cm, während die Weite auf der Höhe des Ringknorpels 3,6 cm und an der Cardia 2,8 cm betrug.

OPPIKOFER.

141) **v. Bergmann** (Berlin). **Ein Fall von Dilatatio oesophagi idiopathica.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 6. S. 330. 1908.*

Bei einer 32jährigen Kranken trat nach halbjährigem Bestehen von öfterem Druckgefühl hinter dem Sternum ein immer häufiger werdendes Regurgitiren der Speisen auf. Das Röntgenbild zeigte bei Wismuthfüllung eine cylindrische Erweiterung des Oesophagus ohne Divertikel. Zu Zeiten war die Cardia gut durchgängig. Der Fall deutet auf eine Vagusschädigung mit Atonie des Oesophagus und Spasmus der Cardia.

ALBANUS (ZARNIKO).

142) **Albu** (Berlin). **Fall von hochgradiger Oesophagusdilatation.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. S. 1109. 1908.*

Die durch Cardiospasmus hervorgerufene Oesophagusdilatation umfasste den colossalen Inhalt von 400 ccm.

Mit einem Apparat von Geissler — über dem conischen, stumpfen Ende eines dicken Magenschlauches ist ein cylinderförmiger, mit Wasser aufblähbarer Gummiballon von etwa 10 cm Länge angebracht — wurden Dehnungen der Cardia mit günstigem Erfolg ausgeführt.

ALBANUS (ZARNIKO).

143) **Neuhaus** (Berlin). **Fremdkörper im Oesophagus und Magen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. S. 470. 1908.*

Vorstellung einer Patientin, die ein Gebiss verschluckt hatte — eine Prothese mit 2 Zähnen. Das Gebiss hatte sich im unteren Theil des Oesophagus so fest eingeklemmt, dass es nicht von der operativ angelegten Magenwunde aus, also retrograd, entfernt werden konnte; es musste auch noch die Oesophagotomia cervicalis externa angeschlossen werden, durch deren Oeffnung erst eine Zange das Gebiss zerquetschen konnte. Die einzelnen Theile wurden nun mit einer Zange, unter Nachhülfe von der Magenöffnung aus, durch die Oesophaguswunde entfernt. Die Oesophagoskopie hätte, wie auch in der Discussion Hildebrand (Berlin) bemerkte, wegen der schwierigen Verhältnisse nicht zum Ziele führen können.

Edmund Meyer (Berlin) möchte, wenn die Röntgenuntersuchung kein sicheres Bild gäbe, zur Ergänzung die Oesophagoskopie ausgeführt sehen. Für Fremdkörper im oberen Theil des Oesophagus bringe die Oesophagoskopie recht günstige Resultate.

Pels-Leusden (Berlin) meint, dass in Fällen, wo durch Fremdkörper schon eine Eiterung der Wand des Oesophagus entstanden sei, die Oesophagoskopie nicht und nur die Oesophagotomie in Frage käme. Er hat einen Fall mit periösophagealen Phlegmonen geheilt.

ALBANUS (ZARNIKO).

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Sitzung des St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins

am 29. Februar 1908.

Vorsitzender: P. Hellat.

I. Iljisch. Vorstellung einer Kranken mit einer völligen Verwachsung der Hinterwand des Rachens mit weichem Gaumen. Ein operativer Eingriff ist wegen der Narben sehr wenig Erfolg verheissend.

P. Hellat stimmt in Bezug auf die Schwierigkeit mit dem Referenten überein, glaubt jedoch, dass es gelingen wird, eine Passage für die Luft herzustellen. Vor etlichen Jahren operirte er einen ähnlichen Fall, und Patientin athmet bis heute ziemlich gut.

II. Iljisch: Demonstration einer Geschwulst an der Mandel, welche Patienten beim Essen störte. Wahrscheinlich eine Tonsilla pendula. (Mikroskopische Untersuchung wird gemacht).

Bomasch hat 2 ähnliche Fälle gesehen.

III. Wygotzki: Vorstellung eines Patienten mit blauem Trommelfell.

IV. Borsykowitsch: Vorstellung eines Patienten, welcher wegen Tuberculose des Larynx galvanocaustisch behandelt wird. Der Erfolg ist augenscheinlich.

J. Kacz ist geneigt, in diesem Falle der Galvanocaustik eine günstige Wirkung zuzuschreiben. Es wäre interessant, wie der Lungenprocess durch die Kehlkopfbehandlung beeinflusst wird.

Iljisch hält für wünschenswerth, dass an irgend einem Institute die Angaben von Grünwald controlirt würden. Dieselben sind zu rosig, als dass man sie ohne Weiteres für unumstösslich halten könnte.

V. J. Kacz: Stenosis laryngis. Vorstellung einer Patientin.

Die Stenose bezieht sich auf den subchordalen Raum, hat elliptische Form; die Beweglichkeit der Stimmbänder ist leicht beeinträchtigt. Diagnose: Scleroma laryngis.

Nikitin ist mit der Diagnose einverstanden; hat einen ähnlichen Fall beobachtet.

VI. Sacher: Vorstellung einer Patientin mit Rhinit. atroph., bei welcher die von Okunew beschriebene Einsenkung von aussen sichtbar ist.

VII. Okunew: Vorstellung eines Falles mit einer Septumoperation nach Freer. Die Verkrümmung war eine sehr starke, der Erfolg ist gut.

P. Hellat findet, dass die Operation trotz einer kleinen Perforation als gelungen betrachtet werden kann.

VIII. A. Wiltschur: Augenreaction auf Tuberculin. (Wird veröffentlicht.)

Iljisch vindicirt der Augenrection eine grosse Bedeutung für die Diagnose.



Es kann nicht geleugnet werden, dass bisher unsere Diagnose häufig unsicher ist. Fälle von Fehldiagnosen sind nicht selten. Kürzlich gelang es, einen Patienten, der für tuberculös erklärt worden war, durch antisyphilitische Behandlung vollständig herzustellen.

Nikitin schliesst sich dem vorhergehenden Redner an. Auch er hatte einen Fall, bei dem auf Grund der Calmettereaction die antisyphilitische Behandlung und zwar mit Erfolg durchgeführt wurde.

Bomasch möchte wissen, ob die Reaction auch für Lupus Ausschlag gebend ist.

Wiltschur bejaht die Frage.

P. Hellat: Die Erörterung der Augenreaction nach Calmette ist in Anbetracht des immer wachsenden Interesses für die Tuberculose durchaus zeitgemäss. Alle Methoden zur Feststellung der Diagnose müssen als werthvoll angesehen werden.

P. Hellat.

---

b) Der erste allrussische oto-laryngologische Congress in St. Petersburg.

Veranstaltet vom St. Petersburger oto-laryngologischen Verein.

27. bis 30. December 1908.

Eröffnet wird der Congress mit einer Bergrüssungsrede von P. Hellat, dem Präses des St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins. Redner weist auf das wachsende Interesse für die Erkrankungen der oberen Luftwege und der Ohren, auf die Bedeutung dieser Organe und auf das Missverhältniss, welches in Russland bezüglich des Unterrichts für diese Fächer besteht, hin. Bisher giebt es nur 2 medizinische Facultäten mit einer Professur für Oto-rhino-laryngologie.

Die Sache der Vertreter dieser Wissenschaften und ihrer Congresse ist es, auf diesem Gebiete Wandel zu schaffen.

Nach der Eröffnungsrede wurden von vielen Vertretern der Universitäten, gelehrten Gesellschaften, der Stadt Petersburg Begrüssungstoaste gesprochen.

Das erste Wort sprach der Nestor der Laryngologie und das Ehrenmitglied der St. Petersburger oto-laryngologischen Vereins K. Rauchfuss. Aus dem Bericht des Secretärs Iljisch ist hervorzuheben, dass für den Congress 44 Vorträge angemeldet sind und die Anzahl der Congressmitglieder sich auf 152 beläuft.

Zum Schlusse wurden die Glückwunschtelegramme der Ehrenmitglieder des Vereins: Proff. Lucae, Politzer, Fränkel, Schwarze und Semon verlesen.

Die Festrede hielt Prof. Nikitin, in welcher er auf die Etappen der Entwickelungen der oto-laryngologischen Wissenschaft, auf die Kämpfe und Errungenschaften derselben hinwies.

1. Sitzung.

In der ersten Sitzung wurde S. v. Stein zum Ehrenpräses und N. Okunew zum Präses des Congresses gewählt.

Bei dieser Gelegenheit hob der Ehrenpräses die Bedeutung der Pioniere dieser Wissenschaft in Russland, zu denen Oekel, Wreden, Prussack, Kosch-

lakow, Müller, Schultz, Scott, Jinowjew und Wischnewsky gehören, hervor.

Die Reihe der wissenschaftlichen Vorträge eröffnete v. Stein.

1. Symptomatologie der Labyrintherkrankungen. Neue Functionen der Schnecke.

2. Iwanow (Moskau): Laryngostomie bei Larynxperichondritiden.

I. setzt zunächst die Bedeutung der Laryngostomie auseinander. Er verfügt persönlich über 8 Fälle. Die Behandlung vermittelst Laryngostomie wird in 4 Perioden getheilt:

1. Laryngofissur, Durchtrennung der Narben und Drain.
2. Systematische Behandlung mit Kautschukröhren bis No. 45 Charrière.
3. Autoplastik.
4. Schluss der Wunde.

Im Ganzen ist die Operation leicht, aber die Nachbehandlung geduldraubend.

Bei 4 gelang die Wiederherstellung der Athmung, 3 sind unlängst operirt, 1 starb.

3. Swershewsky (Moskau): Behandlung der Ozaena mit Paraffininjectionen.

S. hat 49 Fälle behandelt. Paraffin wurde 4—15mal kalt angewandt. 7 Fälle waren schwer; von ihnen wurde nur in einem Falle Erfolg erzielt. In der zweiten Gruppe mit 28 Fällen wurde 9mal erfolgreich injicirt und in 14 Fällen von atrophischem Katarrh gelang es in 9 Fällen Heilung zu erzielen.

4. Burock: Ueber Paraffinprothesen.

Wiederholung seiner bereits bekannten Anschauungen.

2. Sitzung.

Vorsitzender: Wolkowitsch.

1. Okunew (Petersburg): Die Stellung der Otolaryngologie in Russland.

O. formulirt seine Sätze zur Approbation des Congresses folgender Art:

1. Der Unterricht in der Oto-Laryngologie soll an allen Universitäten obligatorisch sein.
2. Errichtung zweier Kliniken am Heleneninstitut.
3. Anstellung von Consultanten für Militär und Marine.

2. Levin (Petersburg): Referat über die Organisation eines allrussischen oto-laryngologischen Vereins.

3. Iwanow (Moskau): Aufgaben der oto-laryngologischen Congresse.

I. schlägt vor, bei jedem Congresse 1 oder 2 Fragen als Programmfragen aufzustellen, welche von verschiedenen Seiten durch verschiedene Redner beleuchtet werden sollen.

4. Jürgens (Warschau): Ohrenkrankheiten bei Rekruten.



3. Sitzung.

Vorsitzender: Trofimow.

1. Swershensky (Moskau): Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und des Auges.

Alle Nasenkrankheiten können die Augen in Mitleidenschaft ziehen. Autor beobachtete bei 334 Fällen 43 pCt. Complicationen von Seiten der Augen. Sehr häufig liegt die Ursache in den Nebenhöhlen, besonders bei Caries der Orbita.

Vortragender demonstrirt eine grosse Anzahl einschlägiger sehr instructiver Präparate.

2. A. Skrypt (Charkow): Indicationen zur Tonsillotomie und Blutungen nach derselben.

S. weist auf die Widersprüche hin, welche in Bezug auf die Function der Tonsillen herrschen. Redner entfernt nur solche Tonsillen, welche mechanische Hindernisse mit sich bringen oder welche schwere Entzündungen machen. Vorsicht in Bezug auf Blutung bei älteren Patienten muss geübt werden.

3. Preobrashensky (Moskau): Combinirte Vibration bei chronischer Schwerhörigkeit.

4. Gawrilow: Wirkung der vergrösserten Rachenmandel auf das Gehör.

5. Derselbe: Beziehungen zwischen Vergrösserung der Rachenmandel und Entwickelung im Schulalter.

Vortragender untersuchte 1475 Kinder. Die grösste Zahl von adenoiden Wucherungen entfällt auf das 11. bis 13. Lebensjahr. Bei 450 Kindern fand sich keine Vergrösserung. Im Ganzen konnte G. keinen besonderen Einfluss der Adenoiden auf das Wachsthum, die Begabung etc. constatiren.

4. Sitzung.

Vorsitzender: Preobrashensky (Moskau).

1. Trofimow: Abhängigkeit der Erkrankungen des Schädelinhalts vom Ohre.

2. Maljutin: Schlammbehandlung bei chronischen trockenen Katarrhen des Ohres und beginnender Otosklerose.

3. J. Kreis (Iroslaw): Aneurysma als Folge der Tracheotomie infolge von falschem Croup. Tod.

4. Buroch (Charkow): Endonasale Chirurgie bei acuten und chronischen Nebenhöhlenerkrankungen.

Als Vortrag zu cursorisch.

5. Sitzung.

Vorsitzender: Iwanow (Moskau).

1. G. Bloch: Larynxtuberculose in Jalta.

Kehlkopftuberculose entwickelt sich in der ersten Periode der Lungentuber-

culose. Die beste Zeit für Jalta ist von August bis Mai. Weintrauben vertragen Kehlkopftuberculöse schlecht. Jalta wirkt wohlthuend auf den Kehlkopfprocess. Leider sind 36 pCt. unter den Kranken, welche Jalta brauchen, solche, bei welchen jede Heilung ausgeschlossen ist. Erforderlich ist ein Verweilen von mindestens einer Saison (6—8 Monate).

2. Krushilin (Kiew): Asynergia labyrinthica musculorum, als ein Symptom der Hysterie.

6. Sitzung.

Vorsitzender: Heryng.

Heryng: Zwanzig Jahre chirurgischer Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Referent berichtet hauptsächlich über seine eigene 20jährige Thätigkeit in dieser Richtung. Gefahr der Generalisation gering, Bedeutung hat der Zustand des Patienten. Blutungen kommen vor, besonders aus der Epiglottis. Mittel dagegen: Adrenalin, Galvanocauter, Eis. Galvanocaustik giebt starke Reaction. Am besten ist zunächt nur eine Seite zu cauterisiren.

2. Schneider (Moskau): Ueber Bronchoskopie.

Als Indicationen dienen Verengerungen, Geschwülste und vor allen Dingen Fremdkörper. Zuweilen erforderlich Combination mit X-Strahlen. Referent hat 18 mal Fremdkörper entfernt, unter denen 12 mal Mohnsamen.

3. De Lenz (Kiew): Klinische Bedeutung der Oesophago-Bronchoskopie.

Autor wendet die Oesophagoskopie an zur Bestimmung:

1. der Undurchgängigkeit,
2. des Charakters der Erkrankung,
3. zur Entfernung von Fremdkörpern.

Vom Redner wurde 4 mal Verletzung constatirt und 6 mal wurden Fremdkörper extrahirt. Sondenuntersuchung ist nicht genügend, um Fremdkörper auszuschliessen. Bronchoskopie zu therapeutischen Zwecken in 10 Fällen ausgeführt, n 6 Fällen Fremdkörper entfernt, in 3 Fällen Trach ea erweitert.

7. Sitzung.

Vorsitzender: Maljutin.

1. Krushilin: Demonstration einer Tympanalspritze, eines Meissels, und eines Apparates zur Narkose per Rectum.

2. Erbstein: Zur Technik der Adenoidoperation.

Empfiehlt warm das Tonsillotom von Schütz-Stille. Die Technik der Operation wird vereinfacht, vollständige Entfernung, kein Hängenbleiben und gegeringe Blutung.

3. P. Hellat: Ueber ein neues Symptom zur Bestimmung des Eiters im Warzenfortsatz.

Der nächste Congress findet nach 2 Jahren, also 1910, in Moskau statt.

P. Hellat.



c) XXII. Congrès français de chirurgie.

Paris, 4. bis 9. October.

Barbarin: Drei Fälle von Osteitis des Unterkiefers beim Kinde.

Nach Ausbruch der molaren Milchzähne oder des ersten dauerndeu Molaris (im 6. Jahre) können ähnliche Erscheinungen auftreten, wie nach Durchbruch des Weisheitszahnes, nur sind die reactiven Erscheinungen (Schwellung) weniger ausgesprochen als die Allgemeinsymptome in Folge Verschluckens des Eiters durch die Fisteln. Verf. schlägt Aufmeisselung des Unterkiefers von unten vor, Operation, die mit Rücksicht auf die grossen Gefahren, die die Kinder laufen, begründet ist. Bei Vorhandensein von Sequestern ist die Heilung langwierig.

Malherbe: Sarkom der Highmorshöhle.

Ein 14jähriges Mädchen trägt einen orangegrossen Tumor (Fibrosarkom) in der Kieferhöhle, der nach allen Seiten Verdrängungserscheinungen gemacht hat (Exophthalmus etc.). Operation von der Fossa canina aus. Recidive nach einem Jahr.

Claude und Francisque Martin: Behandlung der Septumdeviation.

Septumdeviationen werden von den Autoren derart behandelt, dass sie mit eigenen Zangen das Septum fracturiren und dann die Reposition der fracturirten Theile vornehmen. Ein eigener Stützapparat, einen Monat getragen, hält die Theile in normaler Stellung. Während dieser Zeit muss der Patient reichlich die Nase spülen.

Broeckaert: Der Fall von Rhinopharyngocele, von der Rosenmüller-schen Grube ausgehend, ist vom Autor schon anderweitig vorgestellt worden.

Raugé: Alte und neue Methoden der Mandelexstirpation.

Aufzählung der verschiedenen Methoden, die alle ihre bestimmte Indicationen haben.

Ullmann: Beziehungen zwischen Uterus und Schilddrüse.

Es bestehen sichere Beziehungen zwischen beiden Organen. Struma coincidirt öfters mit Myomen des Uterus. Nach Myomotomie verschwindet oder vermindert sich die Struma.

Guisez: Diagnose und Behandlung einiger intrathoracischer Krankheiten.

12 Fälle werden vorgestellt, bei denen Verf. theils aus den Bronchien (drei Fälle), theils aus dem Oesophagus Fremdkörper extrahirt hat. Die Oesophagusfälle waren mitunter complicirt durch Abscess und Gangrän der Wand. Ein Fall von Speiseröhrenkrebs wurde sehr gebessert durch oesophagoskopische Bestrahlung mit Radium.

Kummer: Acute Tetanie im Anschlusse an partielle Strumectomie.

Jacques: Zur Kenntniss des Nasenrachenfibroms.

Lautmann (Paris).

d) Laryngologische Section der Royal Society of Medicine.

December 1908.

Stellvertretender Vorsitzer: Watson Williams.

Dundas Grant: 1. Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes bei einem 16jährigen Knaben.

Das Stimmband stand in Cadaverstellung; man fühlt eine Drüsenkette längs des vorderen Randes des Sternocleidomastoideus.

Watson Williams und Ball sprechen über Recurrenslähmung in Folge intrathoracaler Drüsen.

Horne erwähnt einen Fall von traumatischer Lähmung.

Steward berichtet über einen Fall von Neurofibrom des Nerven, der eine tuberculöse Drüse vortäuschte.

2. Ausgedehntes Carcinom des Kehlkopfinnern bei einem 62jährigen Mann, der berufsmässig seine Stimme brauchte.

Ein Geschwür mit papillärem Rand, welches das linke Taschen- und Stimmband einnimmt.

Watson Williams und De Santi rathen zur halbseitigen Exstirpation.

William Hill: Diaphragma zwischen den mittleren zwei Vierteln der Stimmbänder. Heilung durch Spaltung und Tragen einer intralaryngealen Prothese.

Das Diaphragma war traumatischen Ursprungs. Eine frühere intralaryngeale Operation war erfolglos geblieben. Es wurde Laryngofissur gemacht und die Theile dann durch Celluloideinlagen auseinander gehalten, die in die äussere Wunde eingelegt wurden; sie wurden nach drei Wochen entfernt. Völlige Heilung.

Faulder: Kehlkopfstenose bei einem Kind.

Völlige, für eine Sonde undurchgängige Larynxstenose bei einem 1 Jahr vorher wegen Diphtherie tracheotomirten Kinde.

Baber räth zur Thyreotomie und Excision der Narben.

Tilley räth zu der Laryngostomie nach der von Sargnon und Barlatier publicirten Methode. Er berichtet über einen noch in Behandlung befindlichen derartigen Fall.

William Hill beschreibt seine eigene Methode, die darin besteht, dass zwei rechtwinklige Celluloidplatten in die äussere Wunde gelegt werden, die bis zur völligen Heilung die Theile auseinander halten sollen.

Davis beschreibt einen durch prolongirtes Tragen eines dünnen Celluloidkatheters geheilten Fall. Nach 6 Monaten war die Heilung vollendet.

Lack glaubt, dass die meisten derartigen Stenosen herbeigeführt werden durch unsachgemäss ausgeführte „Tracheotomien“, bei denen in Wirklichkeit Schild- oder Ringknorpel durchschnitten werden; er hat sie nach einer wirklichen Tracheotomie niemals gesehen. Er ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass eine grosse Anzahl dieser Fälle durch eine tiefe Tracheotomie geheilt werden können und er führt einen auf diese Weise geheilten Fall an, der 16 Jahre lang bestanden hatte.

Steward hat 5 Fälle geheilt, indem er in Narkose die Strictur so weit dilatirte, bis die kleinste Tube eingeführt werden konnte. Nach 2—3 Tagen wurde eine dickere Tube eingeführt, bis die dem Alter angemessene Grösse erreicht wurde. Diese Tube wurde dann für allmählich länger werdende Perioden entfernt, bis sie während 23 Stunden in 24 Stunden fortgelassen werden konnte und schliesslich nur noch in langen Intervallen eingeführt wurde.

French räth zur Dilatation und gleichzeitiger localer und subcutaner Anwendung von Fibrolysin.

Dan Mc Kenzie erwähnt einen von Barlatier und Sargnon beschriebenen Fall, in dem nach der Operation Tod in Folge Pneumonie eintrat.

Watson Williams räth zur Behandlung mittelst Intubation in progressiver Anwendung.

Bond: Epitheliom des Gaumens bei einem 16jährigen Knaben.

Ein sehr harter, fixirter Tumor, der von der rechten Seite des harten Gaumens entfernt wurde. Die mikroskopische Untersuchung liess die Frage offen, ob Epitheliom oder Endotheliom. Nach Exstirpation Cauterisation der Umgebung.

Bond: Fibrom des Nasenrachens bei einem 17jährigen Jüngling.

Grosser, harter Tumor. Entfernung durch ausgedehnte Operation von aussen und Excision des harten Gaumens. Die Geschwulst war in das Antrum und die Keilbeinhöhle gedrungen. Entfernung auf oralem Wege erwies sich als unausführbar. Es wurde die präliminare Laryngotomie gemacht.

Tilley beschreibt die Entfernung einer ähnlichen Geschwulst nach dem Verfahren von Rouge.

Jobson Horne: Lupus der Epiglottis.

Pegler: Primäres tuberculöses Granulom des knorpeligen Septums.

Patientin ist eine 50jährige Frau, ohne jede sonstige Anzeichen von Tuberculose. Am vorderen Theil des Septums findet sich eine hellrothe, nicht ulcerirte, weiche, den Knorpel perforirende Masse. Klinisch hatte sie keine Aehnlichkeit mit Lupus. Mikroskopisch fanden sich deutliche Riesenzellen. Tuberkelbacillen wurden nicht gefunden.

Jobson Horne protestirt dagegen, auf Grund des Befundes von Riesenzellen die Diagnose auf Tuberculose der Nase zu stellen. Wenn Riesenzellen ohne Tuberkelbacillen gefunden wurden, so hatte der von ihm angestellte Thierversuch negativen Erfolg.

Pegler: Spastischer Husten.

Nach Influenza bei einer Frau mit Globus hystericus.

Donelan hat solchen Husten nach Influenza bei Kindern beobachtet, wo er irrthümlich für Keuchhusten gehalten wurde.

Davis räth für Anwendung von Chinin und Faradisation.

Andrew Wylie: Osteofibrom des Kiefers.

Grosse, gestielte Geschwulst, die mit einem verhältnissmässig dünnen Stiel in der Gegend der linken oberen II. Molaris ausging und die ganze Convexität des harten Gaumens einnahm. Der Tumor besteht seit 25 Jahren. Entfernung mit der Schlinge. Kein Recidiv.

Wyatt Wingrave stellt fest, dass der Tumor 5 : 2,8 cm gross ist und 13 g wiegt. Er besteht aus compacter Knochensubstanz und Bindegewebe.

Davis: 1. Linksseitige Abductorlähmung bei einer 38jährigen Frau.

2. Maligne Erkrankung der Tonsille.

De Santi und Watson Williams sprechen sich für die Operation aus.

3. Carcinom und Syphilis des Kehlkopfes.

41jähriger Mann mit bestimmter alter syphilitischer Erkrankung des Kehlkopfes und dabei Carcinom des rechten Taschenbandes (Mikroskopische Diagnose).

Milligan, Steward, De Santi und Watson Williams discutiren über den Fall.

Lieven erwähnt zwei ähnliche Fälle von Entwickelung eines Carcinoms auf syphilitischer Basis.

Horsford: Nachträgliche Bemerkung und Brief von Professor Chiari zu dem im Februar 1908 vorgestellten Fall eines weiblichen Baritons.

Nach nasaler Behandlung und Entfernung der Adenoiden hat die Stimme in der Höhe 3—4 Töne gewonnen und kann jetzt als ein Tenor angesprochen werden. Chiari meint, dass der Larynx einen männlichen Typus darstelle. Die Genitalorgane zeigen nichts Abnormes.

Dan Mc. Kenzie meint, solche Merkmale des anderen Geschlechts seien darauf zurückzuführen, dass in den Genitalorganen Spuren von den Keimdrüsen des anderen Geschlechts vorhanden sind, die sich genügend entwickeln, um eine innere Secretion zu liefern.

Frederick Spicer: 18 Jahre altes Mädchen mit Baritonstimme

Die Veränderung der Stimme besteht seit dem 14. Jahre.

Whitehead: Stirnhöhlenempyem. Skiagramm.

St. Clair Thomson spricht über die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung.

Lecombe Helt: Präparate vom Nasenseptum bei Thieren, durch die eine Erklärung der beim Menschen beobachteten Abnormitäten möglich wäre.

Ausgesprochene bilaterale Cristen der Nasenscheidewand wurden bei verschiedenen Species gefunden; beim Hunde verschmolzen diese Leisten mit Vorsprüngen von der entgegengesetzten Nasenwand, so dass eine Art Dach über dem unteren Nasengang gebildet wurde. H. meint, beim Menschen könnte der Verschluss der Choanen auf ähnliche Weise entstehen.

St. Clair Thomson: Stirnhöhle 14 Tage nach Killian'scher Operation.

Gutes Resultat.

William Hill: Tuberculöse Laryngitis.

Leichte Untersuchung auf directem Wege.

De Santi: Sarkom der Tonsille und des Velum.

Inoperabler Fall eines 40jährigen Mannes. Schmerzen wurden gelindert und das Schlucken fester Speisen ermöglicht, seitdem die Coley'sche Flüssigkeit eingegeben wurde.

Jobson Horne: Epitheliom des Rachens.

Alter Fall von Syphilis; tiefes grosses carcinomatöses Geschwür. Inoperabel.

E. B. Waggett.

III. Briefkasten.

Felix Semon's 60. Geburtstag.

Am 8. December feiert Sir Felix Semon fern von der Heimath, auf der Reise von Egypten nach Indien, seinen 60. Geburtstag. An diesem Tage, da gewiss die Gedanken Vieler, die ihn lieben und verehren, zu ihm wandern, soll auch ein herzlicher Glückwunsch des Centralblatts nicht fehlen, das Semon in's Leben gerufen und dem er ein Vierteljahrhundert hindurch einen grossen Theil seiner Arbeit gewidmet hat. Wir sind sicher, im Namen aller unserer Mitarbeiter und Leser zu sprechen, wenn wir dem Jubilar wünschen, dass er, an grossen und bleibenden Eindrücken reich, wohlbehalten und gesund von seiner Weltreise zurückkehren möge, um noch viele Jahre hindurch sich in unverminderter Frische und Rüstigkeit seier selbstgewählten Musse erfreuen zu können. Finder.

Zur Frage der galvanokaustischen Behandlung der Larynxtuberculose.

In der Octobernummer des XXV. Jahrganges des Centralblatts finde ich in Grünwald's „Bemerkungen zur Methode des galvanokaustischen Tiefenstiches" einen Satz, der gewissermaassen eine Berichtigung erfordert. Der Satz lautet: „Der erste Hinweis „auf die ausserordentlich günstigen Erfolge der galvanokaustischen Behandlung" erfolgte in meinem 1903 in der Münchener med. Wochenschrift No. 25 veröffentlichten Aufsatze, in dem zum ersten Male die principielle Wichtigkeit dieses Verfahrens und seiner systematischen Anwendung hervorgehoben wurde. Die Arbeiten von Mermod und Krieg mit ihrer ebenso klaren Betonung der principiellen Bedeutung sind erst 1904 erschienen" u. s. w.

Ich muss infolge dessen daran erinnern, dass im Jahre 1893 in der „Medycyna" No. 1, 2, 3 eine Arbeit von mir erschienen ist, in der ich meine Erfahrung betreffend die von mir seit 1887 geübte galvanokaustische Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege niedergelegt habe. Die Arbeit war zwar bloss in polnischer Sprache veröffentlicht, es existirt aber ein ziemlich ausführliches Referat über dieselbe im Centralblatt, Jahrg. X, No. 8, S. 414. Aus dem Referat ist zu ersehen, dass ich eben „die principielle Wichtigkeit dieses Verfahrens und seiner systematischen Anwendung" hervorhebe, indem ich die günstigen Resultate der Behandlung von 13 Fällen und die Vortheile dieses Verfahrens gegenüber dem Curettement angebe. Auch in einer bereits im Jahre 1888 in der „Gazeta Lekarska" No. 10 erschienenen Arbeit habe ich schon erwähnt, dass ich grundsätzlich die Galvanokaustik in der Behandlung der Larynxtuberculose anwende. In dem be-

treffenden Referate (Centralbl. f. Laryngol., Jahrg. V, No. 5, S. 219) heisst es: „Er (der Verfasser) gebraucht ausser der Milchsäure und dem Currettement den Galvanokauter“.

Wenn also von einer systematischen Anwendung des Galvanokauters in der Behandlung der Tuberculose der oberen Luftwege die Rede sein soll, so muss ich die Priorität in dieser Sache für mich in Anspruch nehmen. Vereinzelte diesbezügliche Beobachtungen und Aeusserungen rühren zwar schon von viel älteren Autoren her, aber zu einer wirklichen Behandlungsmethode der Kehlkopftuberculose war die Galvanokaustik von mir erhoben. Eine ausführliche Besprechung meiner 22jährigen Erfahrung in dieser Frage beabsichtige ich in nächster Zukunft zu veröffentlichen.

Srebrny (Warschau).

Erwiderung.

Von der Richtigkeit der Angabe Srebrny's, bereits im Jahre 1893 systematisch die Galvanokaustik zur Heilung der Kehlkopftuberculose verwandt zu haben, habe ich mich überzeugt.

Wenn mir die Thatsache entgangen ist, erklärt sich dies daraus, dass in den unterdessen verflossenen 16 Jahren Srebrny nicht mehr darauf zurückgekommen ist.

Ich werde mich im Interesse der Sache freuen, aus der in Aussicht gestellten Veröffentlichung Srebrny's Weiteres über seine Erfahrungen mit dem Verfahren zu hören. Die Frage der Einführung des Tiefenschnittes bleibt natürlich davon unberührt.

München, 2. December 1909, Grünwald.

Zur Frage der Ehrenpräsidenten bei den internationalen Congressen.

Zu der unter diesem Titel in der vorigen Nummer erschienenen Notiz ersucht Herr Hofrath Prof. Dr. E. von Navratil um die Aufnahme folgender Zeilen;

Zum Ehrenpräsidenten der rhino-laryngologischen Section für den XVI. internationalen med. Congress wurde auf meinen Vorschlag nur ein Mitglied der Section und zwar Sir Felix Semon — vom Executiv-Comité — gewählt. Zu Sitzungs-Präsidenten wurde von den zum Congresse angemeldeten 195 Mitgliedern kaum deren 6. Theil vorgeschlagen. Von diesen erschien (wegen Krankheit und Familienangelegenheiten verhindert) nur die Hälfte.

In vorzüglicher collegialer Hochachtung

Hofrath Prof. E. v. Navratil,
gew. Präsident der rhino-laryngologischen Section des XVI. intern. med. Congresses in Budapest.

Redactionelles.

Wir haben unsere Leser von einigen Veränderungen in Kenntniss zu setzen, die mit dem Beginn des neuen Jahrgangs unter den Mitarbeitern des Centralblatts eintreten werden.

Zunächst müssen wir davon Mittheilung machen, dass Herr Dr. G. Lefferts (New-York) seine Mitarbeiterschaft niedergelegt hat. Lefferts gehört zu der Zahl derjenigen, die dem Centralblatt in unwandelbarer Treue seit seiner Gründung als Mitarbeiter angehören. Er hat bis zum Jahre 1900 allein, von da ab in Gemeinschaft mit Dr. Emil Mayer die amerikanische Literatur bearbeitet und während dieses Zeitraums viele tausende von Referaten für das Centralblatt geliefert. Sein Verdienst ist es, der amerikanischen Literatur, die nicht nur in Bezug auf das Quantum ihrer Production seit vielen Jahren in unserem Jahresüberblick an erster Stelle steht, sondern die auch an werthvollen und beachtenswerthen Arbeiten sehr

reich ist, im Centralblatt zu der ihr gebührenden Stellung verholfen und ihre Kenntniss der Allgemeinheit der Laryngologen zugänglich gemacht zu haben.

Sofort nachdem er die Mittheilung vom Rücktritt Semon's erhalten hatte, erklärte Lefferts, der dem Herausgeber des Centralblatts durch langjährige Freundschaft eng verbunden ist und mit ihm zusammen in gemeinsamer Assistententhätigkeit einst sich die ersten Sporen auf dem Gebiet der Laryngologie verdient hatte, dass er seine Mitarbeiterschaft niederlege; ebenso wie er seine Thätigkeit am Centralblatt mit Semon zusammen begonnen, sei es stets sein Entschluss gewesen, sie auch gleichzeitig mit ihm zu beenden. Auf die Bitte des Herausgebers jedoch erklärte er sich in liebenswürdiger Bereitwilligkeit damit einverstanden, im Interesse des Blattes noch bis zum Ende dieses Jahres an der Mitarbeit theilzunehmen. Bei seinem Scheiden sagen wir dem treuen Mitarbeiter für die langjährigen und werthvollen Dienste, die er dem Blatte geleistet, auch an dieser Stelle herzlichsten Dank.

Herr Emil Mayer (New York) hat in dankenswerthester Weise die grosse Aufgabe auf sich genommen, zunächst allein die ganze amerikanische Literatur zu referiren.

Drei andere, ebenfalls seit über einem Decennium am Centralblatt thätige Mitarbeiter, sind durch mannigfache anderweitige Beschäftigung gezwungen, gleichfalls mit Beginn des neuen Jahres ihre Mitarbeiterschaft niederzulegen, nämlich die Herren Dr. Paul Raugé (Challes), A. Bronner (Bradford) und E. Waggett (London). Den auf Herrn Bronner entfallenden Theil der englischen Literatur wird in Zukunft Dr. Watson Williams (Bristol) referiren, während die Berichte der Laryngological section of the royal society of medicine deren derzeitiger Schriftführer Herr Dr. H. J. Davis (London) erstatten wird.

Allen diesen aus der Mitarbeiterschaft des Centralblatts ausscheidenden Herren sei für ihre treuen durch viele Jahre hindurch geleisteten Dienste herzlicher Dank ausgesprochen.

Finder.

Namen-Register*).

---

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Z.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

